



Université Abderrahmane mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master Psychologie Clinique

Thème

La vie sexuelle chez les hémodialysés

- Etude de cas au niveau du CHU de Bejaia -

Réalisé par :

OURARI Kaci

Dirigé par :

Dr SAHRAOUI. I

Année universitaire 2016/2017

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier dieu le tout puissant miséricordieux qui m'a donné la force, la volonté et la patience afin d'accomplir ce modeste travail.

En deuxième lieu, je tiens à remercier avec grande gratitude notre honorable encadreur en l'occurrence madame Dr Sahraoui pour tous ses efforts, soutien, conseils, orientations et surtout ses enseignements d'une très grande richesse scientifique durant toute la période de travail.

Aussi je tiens à remercier vivement les membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont apporté à ce modeste travail en acceptant de l'examiner et de l'enrichir par leurs propositions, ainsi que tous ceux et celles qui, m'ont aidé, sans oublier le personnel du service d'hémodialyse de l'hôpital Frantz Fanon du CHU de Bejaia et tous les malades.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

- *Mes* parents, frères, sœurs et toute ma famille et belle famille ;
- *Mes* amis, collègues de travail en particulier ceux de la DVRD et ceux de la DHE ainsi que tous les adhérents de l'association de sauvegarde et promotion du patrimoine culturel de notre ville de Bejaia particulièrement son président Mer Bennacer Zahir.
- *Mes* petites perles Sarah Meriem et Nessrine
- *Ma* chère femme source de mon énergie à qui je dois une reconnaissance pour son soutien permanent et son aide très précieuse durant tout le cycle de formation.

A tous ceux qui prennent de l'importance à ce travail

Kaci

SOMMAIRE

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

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : Côté médical de l'insuffisance rénale chronique

Introduction -----	04
I. Le rein et le système urinaire -----	04
II. L'insuffisance rénale -----	05
III. L'épuration extrarénale -----	07
IV. La greffe rénale -----	10
V. L'hémodialyse en Algérie -----	11
Conclusion -----	12

Chapitre II : Le vécu psychologique chez les insuffisants rénaux chroniques

Introduction -----	13
I. Les contraintes liées à la dialyse -----	13
II. Les répercussions psychologiques -----	17
III. La prise en charge -----	22
Conclusion -----	25

Chapitre III : Sexualité et psychanalyse

Introduction -----	26
I. Les inspirations de S. Freud pour la sexualité -----	26
II. Les Trois essais de la théorie sexuelle de Sigmund Freud -----	27
III. Les troubles sexuels -----	45
Conclusion -----	48

Chapitre IV : Problématique et hypothèse	49
---	----

PARTIE METHODOLOGIQUE

Chapitre V : Méthodologie de la recherche : Population, Techniques utilisées et leurs analyses

Introduction	55
I. Démarche de la recherche et population d'étude	55
1. Préenquête et enquête	55
2. Méthode clinique.....	56
3. Lieu de la recherche	58
4. Population d'étude	58
II. Techniques utilisées	59
1. Entretien clinique	59
2. TAT.....	64
III. Analyse des techniques utilisées.....	67
1. Analyse de l'entretien clinique.....	67
2. Analyse du TAT.....	67
Conclusion.....	75

PARTIE PRATIQUE

Chapitre VI : Présentation et analyse des résultats	76
--	----

Chapitre VII : Discussion des hypothèses	126
---	-----

Conclusion générale	131
---------------------------	-----

Bibliographie

Annexes

Introduction générale

Introduction générale

La bonne santé est une denrée très précieuse dont tout être humain a besoin en permanence pour assurer une vie paisible agréable dans des conditions acceptables et normales et par la même assurer une continuité régulière de ses activités vitales.

Seulement, durant sa vie, tout être humain est exposé à des événements ordinaires et / ou particuliers qui peuvent être d'une intensité pouvant engendrer en lui des traumatismes suite auxquels s'en suivent des perturbations et désordres tant sur le plan psychologique que physiologique.

Ces désordres peuvent être de diverses natures, soit passagers ou réactionnels, comme ils peuvent être irréversibles telles que les maladies chroniques.

Ainsi, la maladie chronique se présente comme un désordre du fonctionnement de l'organisme humain nécessitant une prise en charge continue pouvant s'étaler dans le temps et même le long de tout le reste de sa vie. Parmi ces maladies chroniques, il y a l'insuffisance rénale chronique IRC.

L'insuffisance rénale chronique est une altération ou un arrêt du fonctionnement des deux reins les quels assurent la filtration du sang qui est indispensable pour l'homéostasie et la survie de l'organisme humain. Sa caractéristique est le fait qu'elle est de nature silencieuse dont le diagnostic n'est prononcé qu'en stade terminal ou les symptômes sont accentués.

Cette maladie est dite aigue en cas de dysfonctionnement passager et réversible, par contre elle est chronique si les dommages sont de nature irréversible sans possibilité de guérison. C'est dans ce cas que l'intervention humaine est indispensable pour la stabiliser par recours à la dialyse ou à la transplantation.

En l'état actuel, cette maladie a pris une ampleur considérable et reste toujours insidieuse et méconnue par le grand public.

Chez nous en Algérie, on compte plus de six millions d'individus qui souffrent d'IRC dont un million et demi en état d'IRC Terminale, 3 millions présentant un risque rénal, plus de 20.000 nécessitent une prise en charge par hémodialyse et 6 milles en liste d'attente pour une greffe. Enfin environ 4000 nouveaux cas d'IRC sont enregistrés chaque année.

Comme tout malade chronique, l'hémodialysé suit un traitement nécessaire et contraignant, non sans répercussions sur ses fonctions vitales, tantôt physiologiques que psychologiques. Parmi ces répercussions, il y a le dysfonctionnement et déséquilibre sexuels dont plusieurs hémodialysés souffrent en silence car c'est un sujet tabou dans notre société.

Notre recherche porte sur l'étude de la fonction sexuelle chez les hémodialysés, qui est une complication de la maladie, mais le degré de cette perturbation diffère d'un cas à un autre la quelle revêt une importance capitale vu sa prépondérance et ses répercussions sur le malade et sa conjointe.

L'approche théorique de référence pour notre travail est la psychanalyse car elle traite le sujet en profondeur dans toutes ses causalités que se soient individuelles ou relationnelles, voir même en relation avec le social et le culturel. Pour Lacan successeur de Freud, le symptôme sexuel est abordé en trois registres, le réel, l'imaginaire et le symbolique tous impliqués au niveau des causes ou des conséquences.

Ainsi, notre travail est élaboré selon l'organisation suivante :

Partie théorique : Subdivisée en quatre chapitres

Chapitre I : Le côté médical de l'insuffisance rénale chronique

Chapitre II : Le vécu psychologique chez les hémodialysés

Chapitre III: Sexualité et psychanalyse

Chapitre IV : Problématique et hypothèse.

Partie méthodologique

Chapitre V : Méthodologie de la recherche : Population, Techniques utilisées et leurs analyses

Partie pratique : Composée de deux chapitres

Chapitre VI : L'analyse des résultats

Chapitre VII : La discussion des résultats.

Enfin, une conclusion générale, dans laquelle d'autres questions de perspectives en relation avec le sujet, dans un but d'ouvrir le champ à d'autres recherches plus approfondies.

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I

Côté médicale de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC)

Introduction

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

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

Le système urinaire est constitué de :

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

2. Les reins

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

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

3. Les différentes fonctions du rein

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

4. L'évaluation de l'atteinte rénale

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

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

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

II. L'insuffisance rénale

1. Généralités

L'insuffisance rénale (IR) survient chez environ 1 personne sur 2000. En cas d'IR, les reins sont incapables d'accomplir leurs fonctions. On distingue deux types.

L'insuffisance rénale aiguë (IRA) : Elle se produit lorsque les reins cessent subitement de fonctionner. Cet état est souvent temporaire. La cause peut être une maladie, une blessure grave ou soudaine, ou encore la présence de substances chimiques toxiques. Le traitement par dialyse peut aider le patient jusqu'à ce qu'il retrouve sa fonction rénale.

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

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

Les 1ers symptômes apparaissent quand la fonction rénale a chuté à moins de 10%. Les déchets toxiques et les liquides en excès commencent à s'accumuler dans le sang. L'un de ces déchets est appelé créatinine. La mesure du taux de créatinine sanguine donne une indication de l'efficacité des reins.

Chez de nombreux patients, l'IRC progresse vers ce que l'on appelle l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). (M. HOARAU, 2011, P.3-4).

2. Les causes de l'insuffisance rénale

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

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

3. Les symptômes

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

-L'excès de liquide : Le liquide en excès entraîne, des œdèmes plus ou moins généralisés, une surcharge liquidienne, un œdème aigu du poumon OPA en cas d'accumulation de liquide dans les poumons, haute tension artérielle (HTA).

-L'anémie : Quand les reins sont endommagés, l'organisme ne possède plus assez de globules rouges (GR) : c'est l'anémie.

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

4. Les complications

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

III. L'épuration extra rénale

1. Définition de l'épuration extrarénale

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

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

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

Les deux types de dialyse sont efficaces. Certains patients font l'expérience des deux formes de dialyse au cours de leur vie sous traitement.

2. L'hémodialyse

- **Définition de l'hémodialyse**

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

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

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

- **Principes**

La plupart des patients en hémodialyse reçoivent leur traitement au sein d'un service de néphrologie spécialement conçu. Le service de dialyse peut se situer dans un hôpital ou un établissement distinct de soins ambulatoires. A leur arrivée dans le centre, ils sont pris en charge par un infirmier qui s'occupera d'eux pendant toute la séance.

Durant un traitement par dialyse, les patients sont installés dans un lit ou sur un fauteuil inclinable, ils ne peuvent pas se déplacer dans le service. Ils peuvent discuter, lire, faire des travaux manuels ou regarder la télévision.

Les infirmiers du service préparent l'équipement, « branchent » les patients, surveillent les séances et « débranchent » les patients. Ils assurent également le nettoyage et la désinfection des générateurs.

- **Les complications**

- Changement rapide de la pression artérielle.

- Virus transmis par le sang, tels que l'hépatite B ou C ou le VIH.

- Amylose : Après plusieurs années de dialyse, des douleurs osseuses peuvent apparaître.

- FAV / Saignement : Toutes les fistules ne fonctionnent pas à la perfection. Certaines ne se développent jamais dans une veine suffisamment large. Certaines fonctionnent correctement pendant des années et s'arrêtent soudainement. Dans un cas comme dans l'autre, une nouvelle fistule (ou parfois une prothèse vasculaire) doit être créée dans une autre région du corps. Certains patients ont des problèmes de saignement de la fistule pendant ou après la dialyse. Il existe aujourd'hui des pansements hémostatiques pouvant aider à stopper plus rapidement les saignements.

- Cathéter / Infection : Les cathéters d'HD peuvent s'arrêter de fonctionner en raison d'une obstruction par un caillot sanguin. Ils doivent alors être remplacés. Seul un nombre limité de veines sont adaptées à l'insertion d'un cathéter. Il existe un risque d'infection lors d'une séance de dialyse.

À l'extérieur. Les cathéters d'HD peuvent être temporaires ou permanents. Les cathéters temporaires sont souvent utilisés lorsque les patients sont en attente de création d'une fistule. (M. Hoarau, 2011, p.8-9).

Les patients doivent maintenir leurs cathéters propres et secs et veiller à ce qu'ils soient en permanence recouverts d'un pansement. Toutes les explications relatives aux soins du cathéter leur sont fournies par l'infirmier d'hémodialyse.

Le cathéter d'accès vasculaire est habituellement utilisé en HD, possède deux lumières séparées, l'une pour prélever le sang dans l'organisme et l'autre pour l'y réintroduire après la dialyse. (M. Hoarau, 2011, P.9).

3. La dialyse péritonéale

La dialyse péritonéale (DP) utilise le péritoine, qui est une membrane naturelle tapissant la cavité de l'abdomen. La membrane possède de minuscules trous et joue un rôle de filtre. Les déchets et liquides du sang peuvent la traverser. Le liquide de dialyse s'écoule dans la cavité péritonéale à travers un petit tube en plastique souple appelé cathéter de DP. Le cathéter est introduit dans l'abdomen lors d'une intervention mineure. Environ 15 cm de ce tube restent en dehors de l'abdomen, sous les vêtements, et permettent de fixer les poches de liquide de dialyse. (M. Hoarau, 2011, P.11).

IV. La greffe rénale

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

V. L'hémodialyse en Algérie

Selon F. Haddoum dans une publication datée de 2016, il décrit le parcours de l'hémodialyse en Algérie ; c'est en 1960 à Evian (France), lors du premier congrès mondial de néphrologie, que la communauté médicale va découvrir et prendre conscience que la transplantation et l'HD sont devenues possibles. Les médecins Algériens n'étaient pas en reste, ni à l'écart des progrès en cours, en matière de dialyse. C'est à l'hôpital des maladies infectieuses Elkettar d'Alger que les premières séances de rein artificiel ont débuté dès 1974. L'équipe médicale Algérienne avait appris la technique de dialyse en France. Le rein artificiel venait tout droit des USA, le consommable venait des USA, de France et des Pays-Bas. Ces faits nous ont été transmis par les collègues présents. Contrairement aux premières greffes rénales, de 1986, les débuts de l'hémodialyse n'ont pas été médiatisés. L'information s'est vite propagée : le rein artificiel est maintenant disponible à Alger.

En 1978, deux centres d'HD ont vu le jour, l'un à Alger au CHU Mustapha en réanimation polyvalente (premier centre en Algérie) et le second à Constantine au CHU Ben Badis. Au fur et à mesure que les premiers néphrologues Algériens formés revenaient, de nouveaux centres voient le jour.

Ainsi de 1978 à 1983, dix (10) autres centres vont naître tout autour d'Alger, à l'est puis à l'ouest.

Le développement de l'HD est résumé par ces chiffres, ils parlent d'eux même ! les 48 wilayas ont toutes plusieurs centres d'HD. Les régions du sud et du grand sud ont plusieurs centres.

Depuis 2010, il n'y a plus aucune zone d'insécurité sanitaire en matière d'HD en Algérie. Dès 2004, les caisses de sécurité sociale ont progressivement conventionné un grand nombre de centres privés d'HD.

Ainsi en 2014, on comptait 165 centres privés. Les 200 centres publics d'HD majoritaires dans le nord, certes, sont également présents dans toutes les daïras du sud.

Peu de pays d'Afrique ont réussi ce maillage national des centres d'HD et une couverture quasi-totale en néphrologie. Il reste à l'état d'axer ses efforts sur un plan financier pour réduire le cout de l'HD qui s'élevait en 2014 à plus de 400 millions d'euros.

Conclusion

Les reins sont des organes vitaux essentiels pour la survie de l'être humain, ils sont sujets à des affections fréquentes sous estimées car silencieuses, d'où risques d'évolution vers L'IRT avec la nécessité de substituer la fonction rénale par des moyens extra rénaux trop couteux tel l'hémodialyse. Il est donc indispensable de préserver sa santé et celle de son entourage, la meilleure façon de le faire passe toujours par l'hygiène de vie et la pratique de sport.

Chapitre II

**Le vécu psychologique chez les
insuffisants rénaux chroniques**

Introduction

L'insuffisance rénale est une pathologie caractérisée par la perte des fonctions vitales des reins. A un stade avancé, les reins ne fonctionnent plus ou presque, ainsi un traitement de substitution s'impose soit par la greffe ou la dialyse, l'annonce de cette dernière est souvent vécue comme un traumatisme, un choc.

La dialyse maintient le patient en vie mais elle est source de nombreuses contraintes. Les contraintes temporelles sont prégnantes. En effet le traitement, prend énormément de temps nécessitant de réorganiser sa vie en fonction de la dialyse et des soins qui suivent. Les patients doivent aussi respecter les recommandations (alimentaires, médicamenteuses, d'hygiène,) pouvant être ressenties contraignantes, restrictives, frustrantes. L'adhésion à ces recommandations requiert une acceptation de la maladie et du traitement.

L'intrusion de cette maladie et de ce traitement dans la vie du patient peut entraîner des difficultés d'adhésion au traitement et une altération de la qualité de vie.

I. Les contraintes liées à la dialyse**1. Le problème du rapport au temps chez la personne dialysée**

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

La survenue de la maladie, comme événement traumatique, peut entraîner un profond remaniement de la perception du temps. En effet, le temps qui passe est ce qui nous rapproche tous de l'échéance qu'est la mort. Or, les insuffisants rénaux sont, plus que toute autre personne, confrontés à cette perspective d'autant plus inéluctable que la dialyse n'est qu'un soin palliatif, c'est-à-dire un soin uniquement destiné à reculer les limites entre vie et mort. (G. Lefebvre, 2005, P.1).

Mme N. dit : "la dialyse, ça change la vie". Cette phrase en apparence anodine en dit long sur les remaniements induits par la maladie et la mise en dialyse. L'insuffisance rénale, en tant que maladie chronique, nécessite de prendre en compte la dimension de la durée du traitement, c'est-à-dire son caractère définitif. De plus, il convient de considérer l'enjeu vital de ce traitement pour le moins pénible dans la mesure où il met le sujet en situation de dépendance absolue, identique à celle du nouveau-né qu'on appelle néoténie, donc d'impuissance. Ce sentiment de dépendance sera plus ou moins bien vécu en fonction de l'histoire personnelle du sujet. C'est justement parce que la dialyse est une nécessité vitale qu'elle est vécue comme une contrainte absolue. C'est là où l'on peut dire que le traitement fait symptôme. Lefebvre dit :

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

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

Ce remaniement de la perception du temps transparait clairement dans le discours tenu par les patients : "profitez tant que vous êtes jeune" me disent-il souvent. Beaucoup de gens, notamment des gens âgés disent cela, mais chez le dialysé, cela prend un sens très différent car eux-mêmes expriment souvent le sentiment de n'avoir pas suffisamment profité de leur vie avant la survenue de la maladie.

Tous ces facteurs peuvent déboucher sur un conflit psychique entre le sujet et le temps, faisant que sa vie se transforme parfois en une course contre la montre. (G. Lefebvre, 2005, P.1-2).

La perception de ces deux notions : gagner ou perdre du temps est très différent chez le sujet dialysé et chez le sujet bien portant. D'un point de vue objectif, la dialyse fait gagner du "temps de vie" sur la mort. Or, du point de vue subjectif, le patient peut

avoir le sentiment que la dialyse constitue une perte de temps, et qu'il pourrait faire autre chose pendant ce temps, comme par exemple être avec sa famille.

Cas de T. qui a l'impression d'avoir manqué beaucoup de choses de la vie de sa propre famille, les repas du soir (il dialyse en soirée et ne rentre pas chez lui avant 23h), l'arrivée de son frère pour le week-end, les discussions familiales, en fait, sentiment d'exclusion dû à la maladie), d'autant que T. est dialysé depuis l'âge d'environ 5 ans. Le temps est le premier critère contraignant cité par les dialysés : "c'est long", répètent-ils souvent.

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

L'agressivité manifestée par certains patients vient probablement du fait que, inconsciemment, le temps que leur prend la dialyse est vécu comme une injustice, au même titre que la maladie elle-même. S'en prendre aux soignants reviendrait à exprimer son sentiment d'être agressé par la situation de dialyse. A travers cette agressivité envers les soignants, se cache aussi quelques fois une demande de réconfort et d'attention. (G. Lefebvre, 2005, P.1-2).

2. 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 immédiat : c'est le principe de plaisir versus le principe de réalité. Les personnes dialysées ont peu de sources de plaisir immédiat car les séances de dialyse tous les deux jours les rappellent sans cesse

a 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 compliance au traitement médicamenteux sont des façons de (re) trouver une certaine autonomie, une certaine identité, de récupérer un pouvoir sur les choses. Donc c'est comme, être dans la vie active, en un mot, vivre « comme tout le monde », « être normal », comme les gens « bien portants », qui n'ont pas à subir les contraintes de la dialyse. On retrouve surtout ce discours chez les jeunes dialysés, et c'est probablement ce dont ils souffrent le plus, le sentiment d'être différents des jeunes de leur âge. (G. Lefebvre, 2005, P.2)

3. Le problème d'effraction

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

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

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

Cas de monsieur C. qui dit se réveiller souvent la nuit pour écouter le tic-tac de sa fistule ...assimilé aux battements du cœur synonyme du maintien de la vie. Ces effractions sont surtout difficiles à vivre pour patients dont la personnalité est structurée sur un mode psychotique, car ces personnes sont déjà aux prises avec des

angoisses dites de morcellement, mais aussi pour les patients normalonévrotiques car ces brèches posent le problème de la différenciation entre dedans et dehors. Cela peut générer des manifestations anxio dépressives, une très grande anxiété au moment du branchement par exemple, perturber le sommeil et l'appétit.

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

II. Les répercussions psychologiques

1. La dialyse, la mort, l'angoisse

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

On peut en outre observer des manifestations phobiques par rapport à un type précis de machine ou à une infirmière. C'est en réalité un moyen de déplacer l'angoisse sur un

objet extérieur afin de mieux évacuer et contrôler cette angoisse. Ces manifestations d'évitement représentent une aide à la verbalisation.

L'insuffisance rénale représente une perte, celle de la bonne santé. Il ya aussi perte de l'indépendance, du fait de la dépendance à la machine, aux soignants, et donc perte de la capacité à s'assumer seul. (G. Lefebvre, 2005, P.1).

Comme le dit D. Cupa « le patient vie 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 vivre, c'est la dialyse ou la mort ». (D. Cupa,1992) L'insuffisance rénale confronte donc la personne à l'idée de sa propre mort, et le fait que cette perspective est rendue plus immédiate, plus présente, plus prégnante, par rapport à une personne bien portante, d'où sans doute ce sentiment d'urgence quasi permanent...

Cet état met le malade dans une situation de deuil, selon Elisabeth Kubler « on entend par deuil la perte d'un être cher..., d'un état auquel on est attaché. Le deuil représente aussi le cheminement que connaît la personne exposée à cette perte jusqu'à ce qu'elle réapprenne à vivre en l'absence de l'objet perdu. En soi, le deuil est un processus normal et universel auquel nous avons été, nous sommes ou serons tous un jour confrontés... la résolution du deuil se fait par étapes successives : le déni, la colère, le marchandage, la dépression, l'acceptation. A son rythme, la personne endeuillée va traverser ces différentes étapes en s'appuyant au fond d'elle sur des ressources insoupçonnées, transformant une absence extérieure vécue comme douloureuse, en une présence intérieure chaleureuse ». (E. Kubler,2008) En revenant au cas des dialysés G. Lefebvre dit « Il y a donc un travail de deuil à faire car on passe du statut de personne bien portante à celui de malade. Sans un réel travail de deuil, ce nouveau statut est très difficile à accepter. Or pour faire le deuil de quelque chose, il faut notamment pouvoir oublier, ne serait-ce qu'un instant, que nous avons perdu ce quelque chose. La dialyse constitue alors un rappel répétitif de la perte, donc l'oubli est rendu presque impossible. (G. Lefebvre,2005, P.1). Certaines personnes arrivent à dormir pendant les séances, à se détendre, et d'autres non, sans doute à cause d'une angoisse trop importante, car dormir c'est mourir un peu, cela revient à abandonner le contrôle. La dialyse péritonéale est souvent mieux vécue par les patients car elle

semble offrir davantage de liberté, et donc permet une meilleure insertion sociale, mais elle renvoie aussi à des angoisses de mort, dans un deuil répétitif infini. La détresse par rapport à la dialyse est plus grande si le sujet sait qu'il ne pourra pas être greffé. Dans de rares cas, des amputations sont nécessaires par suite d'un diabète avancé, et certains patients peuvent expressément demander à mourir et refuser de poursuivre la dialyse. Il est à noter que chaque patient à sa place bien à lui dans une salle de dialyse, et qu'en cas de décès, les autres malades peuvent refuser de s'installer à cette place car c'est la place du mort. Quoi qu'il en soit, le décès d'une personne affecte beaucoup les autres dialysés car cela réactive les angoisses de mort présentes en chacun d'eux (et de nous). (G. Lefebvre, 2005, P.3).

2. Les signes cliniques de la dépression

En hémodialyse, les patients sont totalement dépendants de la machine et des soignants. Non seulement ils manquent souvent de confiance en eux-mêmes pour monter seuls leur machine, (d'où les difficultés à mettre en place de véritables antennes d'auto dialyse), mais également la maladie diminue les capacités d'apprentissage. L'état dépressif empêche aussi d'apprendre et perturbe les capacités cognitives. De plus, la vision du sang dans la tubulure est parfois insupportable. L'hémodialyse entraîne une souffrance psychique itérative puisque le sujet doit s'y rendre trois fois par semaine, ou plus. Je citerai à ce sujet l'exemple de ce patient de 42 ans qui avait dû suivre une quatrième séance cette semaine-là du fait de sa prise de poids excessive. « Ça m'a mis un coup au moral dit-il, de faire cette séance supplémentaire ». (G. Lefebvre, 2005, P.3).

Ce sont notamment la fatigue, le peu d'investissement de la vie sociale, la difficulté à investir autre chose que ce qui concerne la dialyse. Le problème est que cet état dépressif est un facteur qui contribue à la mauvaise observance du traitement médicamenteux, du régime et des soins. (G. Lefebvre, 2005, P.1). Selon Dominique Cupa, "une dépression plus ou moins importante existe chez tout dialysé". Et même selon Becker cité par D. Cupa, le dialysé est un dépressif chronique. En effet, chaque nouvelle dialyse rappelle la perte de l'organe, et donc que le corps est

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

3. Les remaniements de l'image du corps

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

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

En effet, chaque ponction entraîne une petite blessure qui laisse des traces. Cela peut provoquer une blessure narcissique importante, d'autant que, face à l'image abimée de son corps, le dialysé peut en arriver à craindre le regard de l'autre.

Le patient a un gros travail à faire sur lui-même car il doit accepter et la maladie, et le traitement qui l'accompagne. (G. Lefebvre, 2005, P.2).

4. Les dysfonctionnements sexuels

Tous les hémodialysés présentent des dysfonctionnements sexuels à des degrés divers. Ces troubles semblent plus fréquents chez les hommes. Chez eux, la diminution

ou la disparition de la fonction rénale, et donc de la fonction urinaire, entraîne une perte de la libido car ces deux fonctions sont symboliquement très liées chez l'homme. Selon Jean-François Allilaire, "in cupa," La fonction urinaire contribue à symboliser la permanence de la virilité.

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

5. L'impact d'un parent insuffisant rénal chronique sur son enfant

Toute maladie chronique telle que l'IRC entraîne des répercussions sur l'environnement immédiat du malade particulièrement les membres de sa famille dont son enfant, le quel ayant une structure psychologique vulnérable, non encore complète, comme le souligne D.Cupa «Travaillant depuis longtemps avec des hémodialysés chroniques, j'ai souvent eu l'occasion de constater que les enfants de ces patients pouvaient être très perturbés par l'état du parent malade... » (D. Cupa, 2002, P.97).

G. Lefebvre présente les répercussions suivantes :

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

- Inquiétudes de l'enfant par rapport à la maladie du parent d'où possibilité de demander un rendez-vous avec un néphrologue pour expliquer la maladie. (G. Lefebvre, 2005 P.4).

III. La prise en charge

- **Le rôle des soignants**

Malgré toute leur compétence, les soignants ne peuvent pas offrir la guérison totale. De plus, assister à la souffrance et à la dégradation des malades, à leurs angoisses et à leur lassitude, induit également une souffrance, et peut-être parfois un sentiment d'impuissance. Certains soignants peuvent avoir quelque fois l'impression de ne pas savoir comment répondre à la souffrance des malades.

Dans ces situations, il importe d'essayer d'accepter son impuissance car cela diminue la culpabilité. Dans le même temps, il faut éviter d'ignorer son sentiment d'impuissance pour tenir compte des attentes du malade.

Cela ne veut pas dire qu'il faut exécuter toutes les volontés du patient ! Il existe des situations conflictuelles, un peu comme dans toute famille. Concernant les difficultés inhérentes aux relations soignant/soigné, le psychologue joue un rôle de tiers, d'interface.

Il peut arriver que la distance nécessaire entre le soignant et le soigné se trouve gommée : tutoiement, relations amicales. Cela crée des relations très impliquantes, surtout dans les cas de DP à domicile, lorsque le soignant se trouve en contact direct avec l'environnement familial. Le problème d'une trop grande proximité réside notamment dans le fait qu'en cas de décès, les réactions émotionnelles risquent d'être trop fortes. En outre, en cas de "problème médical" ou autre, le soignant risque de ne plus avoir la neutralité nécessaire pour faire preuve de sang-froid.

Par ailleurs, certains patients se montrent très exigeants par rapport aux heures de branchement et débranchement. Par exemple le patient qui veut absolument être branché le premier de sa série, est quelqu'un qui cherche à occuper une place privilégiée auprès du soignant. Autrement dit, il veut être investi de façon particulière par le soignant, faire l'objet d'un investissement narcissique. (G. Lefebvre, 2005, P.3)

Je citerai ce passage de Dominique Cupa qui illustre parfaitement le cas de monsieur A. : "Le patient qui se sent contraint par la dialyse et insuffisamment reconnu par l'équipe soignante va faire pression sur l'équipe, d'une part pour se soulager de celle qui est exercée sur lui, d'autre part pour attirer l'attention".

Les patients qui appellent l'infirmière pendant les dialyses pour des raisons futiles exercent une contrainte qui est à comprendre comme un appel à un soin qui est autre qu'un soin infirmier. Cela peut être interprété comme ; "venez plus avec moi car je m'ennuie / j'ai peur ». (G. Lefebvre, 2005, P.3)

- **L'attente de la transplantation et la greffe rénale**

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

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

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

fantasmatique dans l'esprit du transplanté, dont la fonction imaginaire est sans cesse en marche. On observe parfois un effet "retard" de la culpabilité qui peut survenir bien après la greffe.

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

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

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

- **L'observance du traitement immunosuppresseur**

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

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

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

D'après Consoli, une proportion non négligeable des échecs de transplantation est liée à une négligence de la prise des immunosuppresseurs, elle-même en rapport avec la difficulté à assumer psychologiquement cette nouvelle étape de la vie.

Il y a aussi le deuil du donneur anonyme dont la mort a pu être secrètement souhaitée pour que la greffe puisse avoir lieu. Il peut se sentir coupable par rapport à la personne qui a donné le rein mais ce serait pire s'il savait qui a donné le rein. (G. Lefebvre, 2005, P.4)

Conclusion

Le vécu psychologique des IRC dialysés est très difficile et se caractérise par de nombreux bouleversements radicaux dans leur vie. Aux premiers moments de la découverte de sa maladie le patient est sous le choc, il est confronté directement à 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 ainsi que le traitement médicamenteux, tous ces éléments affectent son autonomie et augmentent ses souffrances. Ajouter à cela les dysfonctionnements sexuels et les influences de et /sur son entourage. Tous ces éléments exigent une qualité de soins et de prise en charge très particulières de la part de l'équipe soignante et un soutien indéfectible des proches.

Chapitre III

Sexualité et psychanalyse

Introduction

Dans ce chapitre, on va essayer d'aborder l'explication et la compréhension de la sexualité par la psychanalyse cela ne peut se faire sans se référer à son père fondateur et à ses précieux travaux, leurs inspirations et les fameux trois essais sur la théorie sexuelle les quels portent sur : Les aberrations sexuelles, La sexualité infantile et Les métamorphoses de la puberté.

I. Les inspirations de S. Freud pour la sexualité

1. L'auto analyse

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

2. Les observations de patientes

Elles sont la deuxième source de la pensée freudienne, mais ces cas ne parlent pas d'eux même. Freud les fait parler. À partir de tableaux cliniques très différents (des maux de tête aux hallucinations olfactives en passant par les jambes douloureuses), Freud pense trouver une origine unique : l'hystérie. Il y voit à chaque fois l'expression de pulsions sexuelles refoulées. La lecture des comptes rendus des récits de patientes, retranscrits par Freud, montre que les histoires sexuelles sont loin d'être des déclarations spontanées.

Freud insiste beaucoup pour amener les patientes à trouver de tels souvenirs, et constate de nombreuses « résistances ». Des historiens comme Louis Berger en reprenant les premiers cas traités par Freud, ont montré qu'il ignore délibérément d'autres faits apparaissant dans leur histoire, comme des deuils récents ou de graves conflits familiaux. Il est par ailleurs avéré que Freud est loin d'avoir guéri (voire rencontré) tous les patients qui lui servent pourtant à illustrer ses sources thérapeutiques.

3. Les influences théoriques

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

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

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

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

Ainsi, « les trois essais » portent sur les aberrations sexuelles, la sexualité infantile et les reconfigurations de la puberté.

1. Les aberrations sexuelles

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

-L’objet sexuel : La personne dont émane l’attraction sexuelle

-Le but sexuel : L’acte auquel pousse la pulsion.

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

▪ Les pulsions

• Définition de la pulsion

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

• Pulsions d’autoconservation

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

- **Pulsion sexuelle**

Poussée interne que la psychanalyse voit à l'œuvre dans un champ beaucoup plus vaste que celui des activités sexuelles au sens courant du terme. En elle se vérifient éminemment certains des caractères de la pulsion qui différencient celle-ci d'un instinct : son objet n'est pas biologiquement prédéterminé, ses modalités de satisfaction (buts) sont variables, plus particulièrement liées au fonctionnement de zones corporelles déterminées (zones érogènes) mais susceptibles d'accompagner les activités les plus diverses sur lesquelles elles s'étayent. Cette diversité des sources somatiques de l'excitation sexuelle implique que la pulsion sexuelle n'est pas d'emblée unifiée, mais qu'elle est d'abord morcelée en pulsions partielles dont la satisfaction est locale (plaisir d'organe).

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

Du point de vue économique, Freud postule l'existence d'une énergie unique dans les vicissitudes de la pulsion sexuelle : la libido.

Du point de vue dynamique, Freud voit dans la pulsion sexuelle un pôle nécessairement présent du conflit psychique : elle est l'objet privilégié du refoulement dans l'inconscient. (J. Laplanche. J.-B. Pontalis, 1973, P.359-368-384).

Entre l'objet et le but sexuels, il existe de nombreuses déviations, Freud propose de les examiner. Dans un premier temps par rapport à l'objet sexuel, puis dans un deuxième temps par rapport au but sexuel.

Dans la théorie populaire, l'être humain séparé en deux moitiés, homme et femme n'ont qu'un but, celui de s'unir dans l'amour. Cependant, certains hommes ont pour objet sexuel des hommes, certaines femmes des femmes. Nous qualifions ces personnes « d'homosexuelles », Freud lui préfère le terme « d'inversion » et en propose trois catégories :

-**Les investis absolue** : pour qui le sexe opposé génère une aversion, leur objet sexuel ne peut être qu'homosexuel.

-**Les investis amphigènes** : pour qui l'objet sexuel peut être aussi masculin que féminin.

-**Les investis occasionnels** : pour qui l'objet sexuel peut être du même sexe sous certaines conditions extrêmes.

Certains investis assument leur statut, tandis que d'autres le rejettent et le ressentent comme contrainte malsaine. L'inversion peut avoir toujours existé chez l'individu, ou se révéler plus tardivement, ce caractère peut perdurer toute la vie ou bien disparaître et réapparaître. (S. Villiermet, 2013, P.2-3-4).

L'interprétation de l'inversion est à faire selon deux considérations, la dégénérescence et l'innéité, selon Freud aucune des deux ne peut expliquer la nature de l'inversion...

Freud souligne l'impossibilité de fournir une explication de la genèse de l'inversion, cependant, il est possible « que la pulsion sexuelle soit d'abord indépendante de son objet, et que ce ne sont pas d'avantage les attraits de ce dernier qui déterminent son apparition » (J. Sédat, 2011, P.54).

La deuxième aberration est celle où le choix de l'objet sexuel se porte sur les enfants ou les animaux. Freud dit que ces choix ne sont pas exclusifs et qu'il n'est pas possible d'attribuer cette aberration aux malades mentaux, car pour ces derniers le caractère est exclusif et se substitue à l'acte sexuel normal. L'abus des enfants est souvent fait par du personnel éducatif, incapable de différer la pulsion. La nature de la pulsion sexuelle déprécie l'objet, ...

Avant de parler des déviations par rapport au but sexuel, Freud nous donne une définition de la normalité sexuelle. « Le but sexuel normal est l'union des parties

génitales dans l'accouplement qui aboutit à la résolution de la tension sexuelle et l'extinction temporaire de la pulsion sexuelle ». (J. Sédat, 2011, P.57).

Les préliminaires par le toucher ou le regard sont sources de plaisir, d'excitation, notamment le baiser qui par le contact des muqueuses a une valeur sexuelle, pourtant ces parties du corps ne sont pas génitales. On peut ici repérer les germes dont le développement conduit aux aberrations sexuelles décrites sous le nom de perversions. (S. Vulliermet, 2013, P.4).

Les perversions sont soit des transgressions anatomiques soit des arrêts aux relations intermédiaires avec l'objet.

L'estimation physique recouvre en général la totalité du corps de l'objet sexuel tendance à la surestimation qui s'étend au domaine psychique. Cette surestimation contribue à élever au rang de buts sexuels des opérations concernant d'autres parties du corps. La première partie du corps considérée est la bouche, utilisée comme organe sexuel. Il y a perversion lorsque la langue et la bouche sont mises en contact avec les parties génitales.

La deuxième partie du corps de cette étude est l'anus.... Les muqueuses anales et buccales aspirent à être considérées et traitées comme des parties génitales.

Pour introduire le fétichisme, Freud mentionne que ce caractère aurait pu être traité dans le champ relatif à la déviation par rapport à l'objet sexuel, mais la surestimation sexuelle dont dépendent les manifestations sont liées à un abandon du but sexuel et une partie du corps inconvenante à des buts sexuels, ou un objet inanimé qui a une affinité avec la personne sexuelle.

On parle de pathologie lorsque le besoin de posséder l'objet fétiche se fixe et s'installe à la place du but normal, ou lorsqu'il devient objet sexuel unique sans lien avec la personne. (S. Vulliermet, 2013, P.5).

Lorsque les conditions internes et externes ne permettent pas la réalisation du but sexuel normal, l'individu s'arrête aux préliminaires qui deviennent des buts sexuels nouveaux. Les actes préliminaires qui normalement conduisent aux rapports sexuels tels qu'on les conçoit habituellement, ils s'attardent à des stades précédents l'acte sexuel génital, et qui constitue l'acte total, ils ne dépassent pas l'acte préliminaire qui suffit à les combler.

Le plaisir scopique (plaisir/ envie de regarder ou de montrer) est qualifié de perversion lorsqu'il se limite aux parties génitales de manière exclusive, lorsqu'il est associé au dépassement du dégoût (spectateur des fonctions excrémentielles), lorsqu'il refoule le but sexuel au lieu de le préparer.

L'exhibitionnisme est la voie active du plaisir scopique : montrer ses parties génitales avec l'espoir de pouvoir voir celle de quelqu'un d'autre. Le but sexuel est actif et passif. Le sentiment de pudeur s'oppose à un plaisir scopique.

Ces perversions ont pour but d'infliger ou de recevoir de la douleur à l'objet sexuel. Selon certains auteurs, ces termes mettent en avant le plaisir procuré par toutes sortes d'humiliations ou d'asservissements.

Schrenck-Notzing donne le nom d'algolagnie cette perversion en mettant l'accent sur le plaisir procuré par la douleur sur la cruauté. L'algolagnie active soit le sadisme à ses sources dans la normalité, en effet la sexualité comporte une adjonction d'agression, de tendance à forcer les choses qui biologiquement signifierait la nécessité de surmonter la résistance de l'objet sexuel.

On parle de perversion sadique lorsque l'attitude est active envers l'objet sexuel avec une attitude de violence, une liaison exclusive de la satisfaction à l'asservissement de l'objet et aux sévices qui lui sont administrés.

Dans le masochisme, les attitudes sont passives envers la vie sexuelle et l'objet sexuel, la satisfaction est trouvée dans la souffrance subie par le sujet. (S. Vulliermet, 2013, P.6).

Selon Freud, le masochisme est une continuité du sadisme, le masochisme correspond à un renversement de la pulsion active en passivité ainsi qu'à un retournement de cette pulsion contre la personne elle-même. Le masochisme est un sadisme refoulé par le sentiment de culpabilité.

Parmi les perversions, le sadisme et le masochisme occupent une place particulière dans la mesure où passivité et activité font parties des caractères généraux de la vie sexuelle.

Freud explique que chez une même personne les deux perversions sont conjointes. « Un sadique est toujours en même temps un masochiste » (J. Sédat, 2011, P.71). Les penchants pervers apparaissent sous forme de couples opposés, opposition existante dans la bisexualité (ambivalence).

Si dans un premier temps les perversions ont été considérées comme des maladies ou comme des dégénérescences par les médecins, Freud démontre grâce à des expériences quotidiennes que les transgressions sont visibles dans la vie sexuelle des « non-malades ».

Certaines perversions s'éloignent du but sexuel normal et peuvent être dites pathologiques, quand la pulsion sexuelle accomplit des performances étonnantes en surmontant les résistances tel que la pudeur, le dégoût, l'horreur, la douleur. Lorsque chez un individu est découverte une anomalie dans les relations de la vie, il y a en dessous une conduite sexuelle anormale.

La pathologie se découvre dans le rapport entre le nouveau but sexuel et le but normal, dans la fixation et dans l'exclusivité. (S. Vulliermet, 2013, P.6-7).

Le facteur psychique dans les perversions se démontre dans celles qui sont qualifiées d'atroces, car la participation psychique à la transformation de la pulsion sexuelle est la plus large et donne la valeur d'une idéalisation de la pulsion.

Deux résultats se dégagent de cette étude, la pulsion sexuelle doit lutter contre les résistances, et par l'analyse, la pulsion sexuelle est assemblée à partir de composantes qui

se détachent à nouveau d'elle dans les perversions. Freud nous conduit sur le terrain de la pulsion sexuelle des personnes souffrant d'un trouble du psychisme : Les névrosés. Par son expérience clinique, le père de la psychanalyse démontre le rôle de la sexualité dans les problèmes nerveux en prenant appui sur l'hystérie. Les symptômes deviennent des manifestations sexuelles déguisées, Les exigences de la libido cherchant à s'exprimer sont confrontées aux résistances du moi. Il se produit alors un refoulement : rejet du besoin sexuel qui ressurgit alors transformé en symptôme. Ces pulsions sexuelles étant dérangeantes pour l'individu rencontrent l'opposition du moi. C'est pour cette raison que Freud déclare « La névrose est pour ainsi dire le négatif de la perversion ». (J. Sédat, 2011, P.80).

Dans la vie psychique de tous les névrosés, on trouve des motions d'inversion, les penchants aux transgressions anatomiques, des pulsions partielles, les perversions actives s'accompagnent de leur pendant passif.

La zone érogène pour certains pervers peut être la bouche ou l'anus. Dans l'hystérie, ces parties du corps et le tractus muqueux peut être comparable à une érection. Chez les exhibitionnistes, la zone érogène est l'œil, la peau pour les sadomasochismes.

Il ressort donc une prédominance de la sexualité perverse dans les psychonévroses, la maladie se déclare le plus souvent après la puberté, Le refoulement se fait à cause des exigences de la vie sexuelle normale. Si la maladie est déclarée le plus tardivement, c'est que la satisfaction par la voie normale est refusée à la libido.

Le refoulement sexuel est un facteur interne, la restriction de la liberté, les dangers de l'acte sexuel normal, facteurs externes, entraînent les perversions.

Freud conclut qu'il y a quelque chose d'inné à la base des perversions que tout être humain a en lui en tant que prédisposition, avec la possibilité de varier en intensité selon les influences de l'existence. Le germe de toutes les perversions peut être mis en évidence chez l'enfant malgré la faible intensité des pulsions. Puisque les névrosés sont restés à

l'état infantile de leur sexualité, Freud propose de mettre en évidence la sexualité infantile. (S. Vulliermet, 2013, P.7- 8).

2. La sexualité infantile

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La rétention des fèces peut être une stimulation masturbatoire de la zone anale ou être considérée comme objet dans la relation avec la mère

Freud mentionne une constipation fréquente chez les névropathes qui ont des pratiques scatologiques particulières. L'interdit de tirer du plaisir de l'activité anale entraîne le refoulement, ainsi l'anal est le symbole de tout ce qui est à rejeter. Les zones érogènes du corps de l'enfant qui sont le gland et le clitoris ne tiennent pas un rôle primordial, il n'en reste pas moins qu'ils sont le départ de la vie sexuelle normale avenir. Ces parties du corps déjà chez le nourrisson procurent du plaisir et se créent un besoin de répétition, par le frottement au moment des toilettes intimes. Le petit garçon qui se retient d'uriner met sa main sur son sexe et le frotte, la petite fille met sa main entre les cuisses et sert les jambes.

L'enfant s'adonne à la masturbation, activité que Freud divise en trois phases, celle de la toute petite enfance (nourrisson) celle des petits (3à4ans) et celle de l'adolescence.

Pendant la période de latence, les activités sexuelles infantiles laissent des traces inconscientes déterminantes dans l'évolution du caractère de l'individu qu'il soit bien portant ou névrosé.

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

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

L'enfant est cruel, il n'a pas la capacité de compatir. Celui qui est particulièrement cruel envers ses pareils ou envers des animaux, a une activité sexuelle intense et prématurée venant de zone érogène.

Le plaisir du corps n'est pas l'unique manifestation de la sexualité de l'enfant qui s'exprime également dans la curiosité instinctive. L'enfant a besoin de savoir comment naissent les bébés et qu'elle est l'apparence de l'autre sexe. Il élabore de nombreuses théories sur la naissance « L'enfant s'acquière en mangeant et naît de l'intestin » (J. Sédat, 2011, P.112), et sur les rapports sexuels qu'il perçoit comme violents. L'enfant spectateur d'un rapport sexuel entre adultes, n'ayant pas la maturité de comprendre l'acte peut développer un déplacement sadique ultérieur du but sexuel.

Les phases de l'organisation sexuelle sont généralement traversées en douceur. Freud nomme « pré-génitale » les organisations de la vie sexuelle ou les zones génitales ne sont pas encore organes reproducteurs.

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

La deuxième organisation est sadique-anale, la muqueuse érogène intestinale est l'organe à but sexuel passif. On peut constater la polarité sexuelle et l'objet étranger.

Le choix de l'enfant se fait en deux temps, le premier est la période de latence (entre 2 et 5 ans), caractérisée par la nature infantile de ses buts sexuels. Le deuxième temps est celui de la puberté qui détermine la forme définitive de la vie sexuelle.

Les buts sexuels de la période de latence sont appelés courant tendre de la vie sexuelle, ce courant se transforme en courant sensuel à la puberté, car le jeune doit renoncer aux objets infantiles et se tourner vers d'autres. (S. Vulliermet, 2013, P.11).

Aux sources de la sexualité infantile mentionnées précédemment Freud ajoute celle de l'excitation provoquée par les secousses rythmiques (balancements, transports ferroviaires, ...) qui procurent du plaisir. Si le plaisir est refoulé, une fois adulte l'individu

sera angoissé lors d'un voyage et sera sujet aux nausées (mal des transports). Dans une bagarre, le contact avec la peau et les tensions musculaires peuvent exciter les parties génitales, ici on pourrait voir les racines de la pulsion sadique dans le fait que l'excitation sexuelle est impulsée par la tension musculaire. Par l'observation directe de l'enfant, il est possible de voir que tous les processus affectifs intenses, y compris l'effroi empiètent sur la sexualité. La tension intellectuelle en général entraîne une excitation sexuelle qui coïncide avec le surmenage intellectuel.

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

3. Les métamorphoses de la puberté

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

Freud étudie le primat des zones génitales et sa relation avec le plaisir préliminaire. Les transformations de la puberté sont d'abord liées à une évolution anatomique, les parties génitales tant internes qu'externes croissent. L'appareil génital se prépare à l'acte sexuel. Ainsi, la pulsion sexuelle, se met au service de la reproduction. (S. Vulliermet, 2013, P. 11 -12).

L'excitation sexuelle vient de trois formes de stimulations, de l'intérieur organique, du monde extérieur par l'excitation des zones érogènes et enfin de la vie psychique. La sexualité de la puberté réactive les fantasmes incestueux infantiles surmontés pendant la période de latence. Se pose alors la problématique du caractère de la

tension sexuelle. Freud dit « que toute tension produit un sentiment de déplaisir s'accompagnant d'une exigence impérieuse de changement de la situation psychique présente », alors que la tension produite par l'excitation sexuelle est chargée de plaisir. Freud rattache cette contradiction au rôle des zones érogènes qui procure cette somme de plaisir (plaisirs préliminaires, regard, touché) entraînant l'accroissement de la tension sexuelle. Le plaisir le plus intense se trouve dans l'acte final (éjaculation), plaisir provoqué par le soulagement qui éteint la tension de la libido momentanément.

Freud établit un lien entre plaisir préliminaire et vie sexuelle infantile. Si le plaisir préliminaire est surinvesti, il peut alors prendre la place du but sexuel normal. La vie sexuelle infantile n'est pas aussi différente de celle de l'adulte, comme il l'avait été, dis. « Les manifestations de la sexualité infantile ne déterminent pas seulement les déviations de la vie sexuelle normale, mais aussi sa forme normale ». (J. Sédat, 2011, P.151).

Freud développe la théorie de la libido « force quantitativement variable permettant de mesurer les processus et les transpositions dans le domaine de l'excitation sexuelle...nous lui prêtons aussi un caractère qualitatif ». (J. Sédat, 2011, P.158).

La libido peut avoir deux modes d'investissement, on parle de libido du moi ou libido narcissique quand elle prend pour objet la personne elle-même, on parle de libido d'objet quand elle se dirige vers un objet extérieur. « La production de la libido du moi, son augmentation et sa diminution, sa répartition et son déplacement devraient fournir les moyens d'expliquer les phénomènes psychosexuels ». (J. Sédat, 2011, P.158).

La libido commence par s'investir sur le moi, puis à partir du moi elle est dirigée vers des objets extérieurs, il faut cependant noter que l'investissement du moi persiste. La théorie de la libido du moi permet d'expliquer les psychoses. (S. Vulliermet, 2013, P.13). C'est à la puberté que se fait la séparation des caractères masculin et féminin. Durant toute la période de l'enfance, l'autoérotisme est le même pour les deux sexes, c'est en ce sens que Freud déclare que la sexualité des petites filles a un caractère entièrement masculin. La libido serait de nature masculine. Freud montre que l'identification féminine

pour la fillette implique un renoncement, un refoulement de la vie sexuelle masculine antérieure. Si chez le jeune homme la libido est renforcée au moment de la puberté, la jeune fille connaît une nouvelle vague de refoulement, il lui faut passer d'une sexualité clitoridienne (stimulus de l'enfance à caractères masculin) à une sexualité vaginale. C'est dans cet échange de zones érogènes directrices et la mise à l'écart de la virilité infantile que réside la disposition à l'hystérie, névrose exclusivement féminine. La féminité renvoie Freud à la théorie sur la bisexualité de Fliess qui permet la compréhension des manifestations sexuelles de l'homme et de la femme.

Le premier objet sexuel est lié à l'ingestion d'aliments, le sein maternel (ou substitut), objet sexuel à l'extérieur du propre corps, ce qui fait dire à Freud que « la découverte de l'objet est à vrai dire une redécouverte ». (J. Sédat, 2011, P.165).

Pendant la période de latence, l'enfant apprend à aimer d'autres personnes, il le fait sur le même modèle de sa petite enfance. La mère en général, en s'occupant de son enfant éveille en lui la pulsion sexuelle et en prépare son intensité future, ce qui finalement est nécessaire au bon développement de l'enfant. Cependant, une surabondance d'affection accélèrera la maturation sexuelle de cet enfant, le mettant alors plus tard dans l'incapacité de se passer d'amour et sera sujet aux affections névrotiques. Les parents névrotiques ont tendance à donner trop de tendresse à leur enfant, c'est en cela qu'ils transfèrent leurs troubles à l'enfant. Ce n'est donc pas par hérédité que se transmet la disposition aux affections névrotiques. L'angoisse infantile, angoisse d'abandon par la personne aimée touche les enfants ayant un penchant pour l'anxiété. La pulsion sexuelle est excessive ou prématurément développée, mais aussi ceux qui ont reçu un excès de tendresse parentale.

L'enfant transforme sa libido en angoisse lorsqu'il ne peut la satisfaire, en parallèle, l'adulte névrosé angoissé se conduit comme un enfant qui a la crainte d'être seul, car sa libido n'est pas satisfaite. Freud explique l'origine de l'angoisse infantile à partir des dires d'un enfant qui se trouve seul dans une chambre sans lumière qui déclare avoir peur. « Ça ne fait rien si je ne peux pas te voir, du moment que quelqu'un parle, il

fait clair ». (J. Sédat, 2011, P.168) Seule la preuve de la présence d'une personne le rassurait. L'angoisse névrotique naît de la libido. (S. Vulliermet, 2013, P.14).

Freud étudie l'interdit de l'inceste comme détermination des objets sexuels au moment de l'adolescence. Les exigences de la moralité détournent l'individu de son premier choix d'objet d'amour, les parents. « La barrière contre l'inceste fait vraisemblablement parties des acquisitions historiques de l'humanité et il se pourrait que, comme d'autres tabous moraux, elle soit déjà fixée chez de nombreux individus par hérédité organique ». (J. Sédat, 2011 P.169) L'interdit de l'inceste n'empêche pas l'amour des enfants pour les parents et celui-ci est purement sexuel. L'amour pour les parents d'apparence non sexuel, et l'amour sexuel se nourrissent aux mêmes sources, le premier correspond à une fixation infantile de la libido. Le refoulement intense de l'inceste se fait en parallèle avec l'affranchissement de l'autorité parentale, les filles en particulier ne surmontant pas cette autorité deviennent des épouses froides et frigides. Les premiers choix d'objet durant cette période pubertaire sont fantasmatiques (ne pouvant pas être réalisés). Les penchants infantiles (l'inceste en particulier) réapparaissent dans ces fantasmes. Le choix d'objet est orienté par les ébauches infantiles et réactivé à la puberté avec une inclinaison sexuelle de l'enfant pour ses parents et les personnes qui lui prodiguent des soins. Le choix est détourné de ces personnes par la barrière de l'inceste, pour être dirigé vers d'autres qui lui ressemblent.

L'individu qui a réussi à éviter la fixation incestueuse de sa libido reste sous son influence. Les relations parents-enfants sont importantes pour le choix futur de l'objet sexuel. Lorsque ces relations dans l'enfance subissent des bouleversements, il aura une vie sexuelle perturbée à sa maturité. La jalousie dans le couple prend ses racines dans l'enfance. Le mariage malheureux des parents peut avoir un impact direct sur le développement sexuel de l'enfant et il pourra avoir des inclinaisons névrotiques. Les premiers choix d'objet de l'adolescence se distinguent souvent vers l'inversion (période de forte amitié avec un adolescent du même sexe), il faut noter que dans la majorité des cas cela reste sans conséquence pour la sexualité adulte. (S. Vulliermet, 2013, P.15-16).

C'est l'inhibition autoritaire de la société qui empêche le plus souvent l'inversion. Pour l'homme les souvenirs de tendresse de la mère accompagnés de la crainte du père (complexe d'œdipe) font que ses choix se tournent vers la femme. Ce système vaut également pour la fille. La disparition précoce d'un des deux parents, conduit celui qui reste à capter tout l'amour de l'enfant, à déterminer le sexe de la personne choisie ultérieurement comme objet sexuel et à rendre possible une inversion persistante. C'est à travers l'étude des troubles névrotiques que Freud trouve dès le tout début de la vie sexuelle infantile, les prémices d'une organisation de composantes pulsionnelles sexuelles.

La période de latence peut être interrompue, voir même suspendue par les influences de la séduction, d'autre part Freud démontre le côté pervers polymorphe de la pulsion sexuelle de l'enfant. L'influence de la séduction rendrait l'enfant difficilement éduicable. Puis vient le temps de la puberté, période avec de grands bouleversements avec de nombreuses modifications, la première étant la subordination de toutes les autres origines de l'excitation sexuelle au primat des zones génitales et le processus de la découverte de l'objet. La femme subit un refoulement nécessaire qui supprime une part de la virilité infantile et la prépare à changer de zone génitale directrice. Le choix d'objet est conduit par les ébauches infantiles réactivées à la puberté. Par la barrière de l'inceste, l'enfant dirige son inclination sexuelle des parents vers d'autres personnes qui leur ressemblent. Les facteurs internes et externes peuvent perturber le développement en créant des points de fixations.

La diversité innée de la constitution sexuelle peut être déduite de ses manifestations ultérieures. La prédominance des nombreuses sources de l'excitation sexuelle, la diversité des prédispositions se font sentir dans le résultat final. Certaines variations de la prédisposition originelle, sans l'intervention d'autres facteurs, orientent le développement d'une vie sexuelle anormale, on peut alors parler de détérioration héréditaire. Lorsque toutes les prédispositions anormales sont renforcées à l'âge adulte, l'individu aura une vie sexuelle perverse. (S. Vulliermet, 2013, P.16 à 18).

Certaines forces sont refoulées, les excitations sont alors éloignées de leur but et se traduisent sous forme de symptômes, la vie sexuelle est alors normale, mais limitée, accompagnée de troubles névrotiques. La vie sexuelle des névrosés s'amorce comme celle des pervers, mais avec l'intervention des causes externes, le refoulement se renverse, la névrose se substitue à la perversion d'où l'idée que la névrose est le négatif de la perversion. Le processus de sublimation dans lequel les excitations surabondantes provenant de différentes sources trouvent une dérivation dans d'autres domaines (activité artistique, intellectuelle).

La répression par formation réactionnelle commence pendant la période de latence pour se poursuivre durant toute l'existence, ainsi le caractère humain s'édifie avec le matériel d'excitations sexuelles et s'assemble à partir des pulsions fixées depuis l'enfance.

Les influences accidentelles vécues dans la petite enfance modifient la vie future. L'accidentel a besoin d'un étayage sur la constitution pour entrer en action. Tous les facteurs qui portent préjudice au développement sexuel provoquent un retour à une phase antérieure du développement, c'est la régression.

La prématurité sexuelle spontanée, visible dans l'étiologie des névroses, se manifeste soit par une interruption, soit par un raccourcissement voire la suppression de la période de latence, et devient la cause de troubles en déclenchant des manifestations sexuelles.

Les inhibitions sexuelles sont inachevées et le système génital ne se développe pas, ceci implique le caractère de perversion. La prématurité sexuelle est associée avec un développement intellectuel prématuré.

L'explication de l'adhérence ou la capacité de fixation (conception psychologique provisoire) des impressions de la vie sexuelle se trouve dans les traces mnésiques. Dans les névroses ces traces dominent les impressions nouvelles. L'appui des facteurs psychiques profite aux activations accidentelles (séduction) de la sexualité infantile,

peuvent se fixer et entraîner des troubles permanents. Les déviations observées aussi bien chez les bien portants, que chez les névrosés ou encore chez les pervers sont déterminées par les traces enracinées dans la période infantile. (S. Vulliermet, 2013, P.12 - 19).

III. Les troubles sexuels et la vie psychologique

1. Définition

Selon Marie Gohin, les troubles sexuels se réfèrent à un problème survenant lors d'une phase particulière du cycle de la réponse sexuelle. Le dysfonctionnement empêche alors la personne ou le couple d'éprouver de la satisfaction dans l'activité sexuelle. On les classe généralement en quatre catégories qui se réfèrent aux troubles du désir ; troubles de l'excitation ; troubles de l'orgasme et troubles de la douleur pendant l'activité sexuelle ; Leurs symptômes sont divers : Chez les hommes sont l'incapacité à obtenir ou maintenir une érection permettant un rapport sexuel, l'absence d'éjaculation malgré la situation sexuelle adéquate et l'incapacité à contrôler le moment de l'éjaculation.

Chez les femmes, sont l'incapacité à atteindre l'orgasme avec lubrification insuffisante avant et pendant le rapport sexuel et l'incapacité à détendre les muscles vaginaux pour permettre la pénétration.

Chez les deux sexes, ils sont résumés par la baisse du désir, la douleur pendant les rapports sexuels et l'incapacité à devenir excité.

2. Les causalités du symptôme sexuel

Le symptôme est le résultat d'une intrication de multiples causalités : individuelles, actuelles ou passées, conjugales actuelles ou passées et organiques (physiologiques, neurologiques ou médicamenteuses par exemple). Dans certains cas le social ou plus généralement encore la culture peut avoir son impact.

Les trois registres lacaniens du réel, de l'imaginaire et du symbolique sont impliqués soit au niveau des causes, soit au niveau des conséquences.

Le réel c'est entre autres pour Lacan, le réel de l'organisme.

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

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

Le symbolique, c'est-à-dire le monde du langage et des lois fondamentales - l'interdit du cannibalisme, du meurtre et de l'inceste- est lui aussi inévitablement impliqué. Le symbole sexuel peut être l'effet d'une parole ou d'une pensée, exemple « tu ne seras jamais bon à rien », parole de la mère puis de la femme à un homme qui fut impuissant. Ou l'on perçoit en outre l'inévitable lien avec l'imaginaire. Le symptôme peut

aussi être l'effet d'une recherche d'un évitement de la transgression d'un de ces interdits fondamentaux comme ce fut très probablement le cas pour Gérard, un patient lequel, impuissant avec la femme qui l'appelle « mon bébé » ainsi que pour Dominique, patiente frigide avec un homme qui évoque son père et duquel elle doit se venger.

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

3. La multi détermination du symptôme sexuel

Le symptôme sexuel, comme tout autre symptôme, est essentiellement surdéterminé : il « renvoie à une pluralité de facteurs déterminants » (J. Laplanche ; J.B. Pontalis). D'abord du seul point de vue de la causalité psychique : comme tout un signifiant, il a plus d'une signification. Ensuite, il est aussi surdéterminé au sens où il peut relever de deux ou trois causalités conjuguées : organique et psychique, imaginaire ou symbolique. Freud rappelons-nous, n'hésitait pas à envisager la prédisposition organique dans un bon nombre de symptômes hystériques. Cela étant, ce sont les symptômes dont l'origine principale se situe dans l'univers du langage, des fantasmes et de l'enfance, qui relèvent de la cure psychanalytique, tandis que les thérapeutes de couple ou de groupe, ou de famille vont plutôt s'intéresser aux symptômes qui trouvent leur origine dans la relation effective et actuelle à l'autre (avec tout l'imaginaire que cela implique), relation effectivement prévalente dans le couple, le groupe ou la famille.

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

Conclusion

Une des principales réalisations de Sigmund Freud est son ouvrage intitulé, « trois essais sur la théorie sexuelle ». Dans lequel il tente d'imbriquer la psychanalyse dans les ressorts de la sexualité de l'individu que ce soit dans son étiologie, sa conception, son développement depuis l'enfance et sa relation avec les troubles psychiques et comportementaux, tels, les déviations sexuelles, les perversions, les névroses ainsi que le choix de l'orientation sexuelle de l'individu une fois adulte. Cela a permis d'ouvrir le champ libre à des recherches plus larges dans ce domaine et même nous fait réfléchir sur notre propre rapport à la sexualité. En outre, par les travaux de la clinique psychanalytique postfreudiens on peut conclure que le sexuel ne peut être compris ou expliqué qu'à travers une multitude de causalités renvoyant aux aspects organiques, psychologiques, imaginaires et symboliques.

Chapitre IV

Problématique et hypothèse

Problématique et hypothèse

Tout être humain est une entité complexe, mais unique, ayant ses caractéristiques propres, tantôt sur le plan biologique que sur la structure psychologique et sociale. Il est donc une structure munie d'une organisation propre à lui et est permanente, continue dont les éléments constitutifs en interaction formant ainsi sa personnalité et son individualité, cela nous conduit à dire que tout individu à ses propres capacités et mécanismes physiologiques et psychologiques pour répondre et faire face aux situations difficiles, problèmes, événements tragiques et maladies dans un but de maintenir son équilibre et homéostasie sur tous les plans.

Ce qui est commun pour tous les êtres humains est que la santé est une denrée précieuse à tel point que l'on ne peut lui attribuer une quelconque estimation.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) la définit comme étant un état de bien être complet physique, mental et social et ne se constituant pas seulement en une absence de maladie ou infirmité.

A toute défaillance de la santé, il y a une réaction, et comme déjà cité, une réponse, cela fait partie de la vie de tout être vivant, ainsi, de toutes les défaillances constatées et jugées les plus pertinentes, les plus présentes et en ascension très inquiétante, on enregistre les maladies dites chroniques. Elles sont d'un coût très lourd sur tous les plans, que ce soit financier, physiologique, psychologique, social et même en dépense énergétique pour l'être humain, il s'agit donc d'un problème qui touche non seulement le malade en particulier, mais tous son entourage, par conséquent toute la société et même à l'échelle de toute l'humanité.

Les maladies chroniques sont nombreuses et diverses, parmi elles, il y a l'insuffisance rénale chronique. Il s'agit d'une affection très fréquente de nos jours, elle touche toutes les catégories des individus. Sa particularité est le fait qu'elle est silencieuse, la personne atteinte ne souffre pas, ne se rend pas vraiment compte jusqu'à l'arrivée au stade final, là où les symptômes apparaissent, s'accroissent, deviennent

irréversibles et le diagnostic est prononcé. Outre cela, elle est parfois une conséquence des autres maladies chroniques telles que le diabète sucré, la haute tension artérielle et bien d'autres.

Le patient souffrant donc de l'insuffisance rénale chronique (IRC), doit s'accommoder à un nouveau mode de vie imposé par de nouvelles données et exigences indispensables pour sa survie, il s'agit de suivre un traitement de suppléance par dialyse ou par la transplantation rénale.

L'hémodialyse est une technique destinée aux patients souffrants d'IRC, c'est une méthode d'épuration sanguine extrarénale, d'une fréquence de deux à trois fois par semaine et d'une durée de trois à quatre heures par séance. Son objectif est donc de suppléer la fonction rénale défaillante et de maintenir l'homéostasie interne.

Les malades souffrants d'IRC sont soumis à l'hémodialyse comme un traitement contraignant en attente d'une greffe rénale, si elle est possible, car elle demeure une contre-indication pour certains hémodialysés qui sont en proie de désorganisation progressive dont le malade est atteint par plusieurs maladies.

De nos jours en Algérie, on compte plus de six millions d'individus qui souffrent de maladie rénale chronique dont un million et demi qui souffrent d'une IRCT, trois autres millions représentant un risque rénal. Le nombre de greffés nationaux n'étant pas loin de mille dont plus de sept cent ayant subi une intervention en Algérie, mais le chiffre effarant est que plus de vingt mille nécessitent une prise en charge par hémodialyse, plus de six mille en liste d'attente pour une greffe or que nos capacités actuelles ne dépassent pas les cent greffes par année. L'objectif étant d'atteindre les cinq cents greffes par année demeure toujours loin d'atteinte.

A l'annonce d'une IRCT à plus ou moins long terme, il est certain que le patient sera mis en dialyse ou greffé, donc ne peut compter sur son propre corps devenu incapable de le faire vivre. Cela lui inflige de sérieuses blessures physiologiques et

psychologiques, affectives, émotionnelles et perturbe sa relation avec son environnement, particulièrement celui immédiat. (A. Desseix, 2011, P 43-44-47).

Plusieurs patients en hémodialyse déclarent vivre des difficultés sexuelles en étant hémodialysés qui ne reconnaissaient pas auparavant, ce sont des déclarations à prendre très au sérieux, beaucoup d'entre eux attribuent leurs difficultés sexuelles au processus d'épuration car la perte leur force est liée à la circulation extracorporelle et à l'idée d'une perte de sang. Or que le sang est réintégré dans l'organisme après filtration, mais cela demeure non intégré dans le raisonnement des patients qui ne voient que ce liquide sortir de leur corps, cette interprétation est présente chez les deux sexes. Pour ces raisons nous jugeons très impératif d'aborder ou d'appréhender cet espace particulier de la vie des hémodialysés qui est la fonction sexuelle.

Ainsi, pour aborder la fonction sexuelle, il est impératif d'effectuer un bref passage sur les travaux apportés par la psychanalyse, cela rappelons-le est capital compte tenu que le sujet en question est d'ordre relationnel.

Parmi ceux qui ont traité ce sujet sans tabou est Sigmund Freud, lequel a pu mettre en œuvre les concepts de base expliquant le développement sexuel chez l'enfant, en se basant sur des concepts comme ; le but sexuel, la libido, la pulsion et particulièrement la pulsion sexuelle, laquelle présente dans tout conflit psychique par conséquent dans toute pathologie d'ordre sexuel.

Un de ses successeurs, Lacan, déclare que le trouble sexuel est le résultat d'une intrication de multiples causalités renvoyant au réel, à l'imaginaire et au symbolique.

En d'autres termes la théorie psychanalytique s'intéresse au sujet dans tous ses aspects à commencer par la représentation interne de soi, sa relation d'objet, le vécu intime, les blessures narcissiques, affectives, émotionnelles qui influents par conséquent sur les perturbations de la relation intime et sexuelle qui en résulte.

La théorie psychanalytique constitue la référence théorique de notre recherche parce qu'elle s'intéresse à la relation d'objet qui caractérise les relations interpersonnelles,

dans notre thème on a voulu cerner la qualité de la vie sexuelle du patient hémodialysé avec sa partenaire.

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

-La fonction sexuelle et ses éventuels troubles est-elle de même nature chez les hémodialysés ?

- Quelles sont les caractéristiques de la vie sexuelle chez les dialysés à partir du test du TAT ?

Nous avons entamé notre pré-enquête en tant qu'une étape très importante de tout travail de recherche. Ainsi, plusieurs rencontres ont été réalisées avec des patients hémodialysés, celles-ci nous ont permis d'apporter plusieurs éléments d'éclaircissement quant à notre population d'étude, d'apporter des modifications à notre guide d'entretien et de maîtriser l'application de nos outils et aussi de consulter des dossiers médicaux des cas de notre recherche pour avoir une idée sur la fonction sexuelle. De ce fait, et à partir de la revue de la littérature et de notre pré-enquête, nous avons formulé des réponses à ces interrogations en guise d'hypothèses, qui sont les suivantes :

Hypothèse générale

Les hémodialysés constituent notre variable indépendante, et l'intensité des troubles sexuels comme variables dépendantes qui diffèrent d'un patient à un autre.

Les hypothèses partielles

La première hypothèse

Le trouble de la fonction sexuelle chez les hémodialysés est une réalité démontrée par la clinique médicale, seulement sa nature diffère d'un individu à l'autre, certains évoquent des moments de non envie qui sont très souvent liés à d'autres troubles tels que le diabète et le HTA, certains à une sensibilité particulièrement excessive, surtout lors des préliminaires et juste aux moments de l'accomplissement du rapport sexuel rendant ce

dernier presque impossible à accomplir, d'autres c'est l'impuissance tout court. Chez d'autres cas qui sont rares, la sexualité est équilibrée et stable.

La deuxième hypothèse

A partir du test du TAT, les caractéristiques de la vie sexuelle notamment la relation intime chez les dialysés se dégage par :

✓ Dans la sexualité équilibrée ;

-Compromis entre principe de plaisir et le principe de réalité, aller et retour entre les désirs et les défenses, l'intégration sensorielle et la vie pulsionnelle (libidinale et/ou agressive), pour que les sensations soient associées à des représentations intérieures.

Expression verbalisée d'affect fort ou exagéré. Représentations contrastées ; Alternance entre des états émotionnels opposés. Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et /ou symbolisme transparent. Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle. La variété des procédés utilisés, qui se caractérisent notamment par l'utilisation de la catégorie labile qui nous aident à avancer dans le récit en nouant des relations interpersonnelles dans une dimension œdipienne.

✓ Dans la sexualité perturbée ;

La construction générale de l'histoire n'a aucune résonance fantasmatique. Aussi on souligne le refus de certaines planches donc certaines situations. L'absence des réponses sensorielles et même si elle est abordée reste un affect de circonstance. Manque des mécanismes de défense rigide et labile. L'absence des conflits - notamment interpersonnels- et leurs traitements. Anonymat des personnages.

Suite à la perte de la fonction de la sexualité, le patient présente des difficultés dans le traitement des situations dépressives - les possibilités d'être seules ou non- où leurs refus pour les planches (13B, 3BM, 1).

Opérationnalisation des concepts

Insuffisance rénale chronique

- Les deux reins ne fonctionnent plus.
- Fatigue générale, vomissements, jambes gonflées, maux de tête, envie de rien

Hémodialyse

- Trois séances par semaine pour une durée de quatre heures chacune.
- Eliminer tous les déchets issus de l'alimentation par la machine via la fistule.
- Eliminer le surplus en liquide dans le corps.

La vie sexuelle

- Relation sexuelle
- Diminution sexuelle et impuissance sexuelle
- Désir sexuel et son accomplissement

Partie méthodologique

Chapitre V

**Méthodologie de la recherche :
Population, Techniques utilisées et
leurs analyses**

Méthodologie de la recherche : Population, Techniques utilisées et leurs analyses

Introduction

Ce chapitre nous permettra d'illustrer notre méthodologie de travail adoptée en vue d'explorer la vie sexuelle chez les hémodialysés.

Notre travail est entamé par une préenquête, une démarche clinique, un choix précis des caractéristiques de la population d'étude par lequel on a opté pour la catégorie d'hommes adultes mariés, l'entretien clinique semi directif et le test d'aperception thématique (TAT), suivi par une analyse de ces deux techniques.

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

1. La préenquête et enquête

C'est une étape très indispensable pour toute notre recherche, elle nous a permis de collecter les informations nécessaires sur les caractéristiques de notre population d'étude, d'apporter les correctifs et enrichissements nécessaires pour notre guide d'entretien et d'avoir une meilleure maîtrise dans l'application de nos outils, et par la suite élaborer nos hypothèses.

Au tout début de notre recherche, nous nous sommes présentés auprès des responsables de l'établissement public hospitalier Frantz Fanon faisant partie du Centre Hospitalo Universitaire CHU de Bejaia, particulièrement ceux chargés du service de l'hémodialyse auprès de qui nous nous sommes entretenus et avons expliqué la nature de notre travail de recherche. Les médecins nous ont facilité la tâche en nous dotant des dossiers médicaux des cas de notre recherche, pour cerner la fonction sexuelle des hémodialysés.

Ainsi, durant notre enquête nous nous sommes entretenus avec des patients adultes, hommes mariés avec des âges différents.

Les sujets concernés sont ceux ayant donné leur consentement et n'ayant pas fait objet d'entretien ou test durant la préenquête, cela y va de l'objectivité et de la scientificité de notre travail.

Notre investigation se compose de deux volets essentiels qui sont : l'entretien clinique et le test TAT qui traite des situations qui s'occupent de cas relationnels.

Le déroulement de l'entretien et la passation du test ont été effectués en langue maternelle (kabyle) et aussi en français pour ceux qui maîtrisent cette langue.

2. La méthode clinique

C'est la méthode par laquelle nous avons procédé afin d'effectuer les vérifications de terrain nécessaires et indispensables pour nos hypothèses. Elle permet d'explorer et d'expliquer le fonctionnement, dysfonctionnement et trouble au sein de tout sujet d'étude en profondeur de façon réaliste et fidèle.

Pour Lagache, (1949) la psychologie clinique se spécifie par une attitude méthodologique : « Envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une 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, tel est résumé le programme de la psychologie clinique. » (M. Reuchlin, 1969, P.106).

Dans son ouvrage sur l'entretien clinique (1983), C. Chiland situe cette méthode dans le cadre d'une psychologie clinique ayant les caractères suivants : C'est une activité thérapeutique, mais son champ est plus large que celui de la psychopathologie et du traitement des troubles mentaux identifiés. La relation clinique peut être aussi une relation d'aide ou de conseil. Ce qui est commun aux termes de soins, aide, conseils, c'est que le psychologue clinicien est au service d'autrui. On se réfère souvent pour définir la psychologie clinique à l'intérêt porté à l'individu. Psychologie de la vie quotidienne, la psychologie clinique se trouve aussi proche de la psychologie de sens commun, ce qui constitue un attrait, mais rend plus difficile la conquête de connaissances scientifiques. (M. Reuchlin, 1969, P.106).

En outre, « La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires ; le premier correspond au recours à des techniques (test, entretiens) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle

elles sont recueillies, et en respectant le contexte du problème), et le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas, la différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches, mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations, le second vise à comprendre le sujet dans sa totalité ». (J.L. Pardinielli, 1999, P.9).

Ainsi, notre étude se focalise sur les individus en situation d'hémodialyse en explorant et évaluant leur vie relationnelle notamment sexuelle avec ses aléas.

- **L'étude de cas**

Dans notre travail de recherche on a opté pour l'étude de cas qui nous permet d'analyser, d'observer, et d'explorer les profondeurs des cas de notre population d'étude.

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychopathologues comme Freud ou Janet pour décrire les névroses et illustrer les hypothèses théoriques. Elle a été également pratiquée en médecine pour décrire les maladies et leur évolution. (Kh. Chahraoui, H. Bénony, 2003, P.125-126).

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

Contrairement à la recherche armée des batteries de tests statistiques, l'étude de cas véhicule des résultats qui s'expriment en mots plutôt qu'en chiffres, transmet l'empathie et la compréhension subjective, plutôt qu'une analyse froide et détachée,

situe les données dans un contexte individualisé, plutôt que dans la sphère des valeurs absolues, cherche à bâtir de bons exemples plutôt que des échantillons représentatifs et parfois vise à responsabiliser le patient plutôt que de simplement l'observer.

3. Le Lieu de la recherche

Notre recherche s'est effectuée au niveau du CHU de Bejaia particulièrement à l'hôpital Frantz Fanon au niveau du service d'hémodialyse accueillant des malades souffrants d'insuffisance rénale chronique et nécessitant des séances de dialyse.

Le service comprend un professeur, cinq maitres assistants, trois médecins généralistes, quinze infirmiers, un technicien en maintenance et un psychologue.

4. La population d'étude

- **Sélection de notre population d'étude**

La population concernée par notre recherche comprend quatre sujets sélectionnés sur des bases précises d'homogénéité, qui sont comme suit :

- **Critères d'homogénéité retenus**

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

- Pour tous les sujets l'insuffisance rénale chronique est déterminé, et tous les sujets suivent un traitement par machine à dialyse.

- Tous les sujets sont des adultes ayant une structure de la personnalité finalisée et inamovible.

- Tous les sujets sont de sexe masculin.

- Tous les sujets sont mariés.

- Tous les sujets n'ont pas été greffés auparavant.

- **Critères non pertinents de sélection**

- Le niveau socioculturel n'est pas pris en considération à partir du moment où l'insuffisance rénale chronique touche toutes les classes sociales et toutes les cultures sans distinctions.

- Le début de la maladie qui est différent d'un patient à un autre.

- **Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude**

Cas	Age	Niveau scolaire	Profession	Début de maladie
Adam	61	Fin d'études	Pêcheur retraité	2016
Samir	56	4°Moyen	Maçon coffreur	2015
Tahar	49	4°Moyen	Maçon	2013
Bachir	41	Bac+3	Commerçant	2016

Le tableau ci-dessus représente un récapitulatif des cas étudiés, en représentant : l'âge, le niveau d'instruction, la profession et le début de la maladie. En ce qui est des prénoms des cas, nous les avons changés pour le respect de la confidentialité et l'éthique de la recherche en psychologie clinique.

II Les techniques utilisées

1. L'entretien clinique

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

En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il

aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. (H. Bénony, K. Chahraoui, 1999, P.11-12).

1.1 L'entretien clinique semi directif

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

Dans ce type d'entretien, le chercheur doit préparer un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'associations. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur ce thème sans l'interrompre. En revanche, l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien, du fait qu'un cadre et une trame sont proposés par le chercheur pour le déroulement du récit. (K. Chahraoui, H. Bénony, 2003, P.141-142).

1.2 Attitude clinique du clinicien

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

- **Non directivité**

Elle se définit comme suit :

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

Il s'agit donc d'une attitude où la centration sur le sujet est l'élément essentiel. (H. Bénony, Kh. Chahraoui, 1999, P.17-18).

- **Respect**

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

- **Neutralité bienveillante**

Le clinicien ne doit pas formuler de jugements, de critiques ou de désapprobations à l'égard du sujet. Toutefois, la neutralité n'est pas de la froideur ou de la distance mais s'associe à la bienveillance, il s'agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s'exprimer librement. (H. Bénony, Kh. Chahraoui, 1999, P.18).

- **Empathie**

La dernière dimension de l'attitude clinique est la compréhension empathique, il s'agit de comprendre de manière exacte le monde intérieur du sujet dans une sorte d'appréhension intuitive.

L'empathie du clinicien apparaît comme la clé principale de la psychothérapie et de son efficacité. (H. Bénony, Kh. Chahraoui, 1999, P.18-19).

1.3 Le guide d'entretien

Informations sur le sujet

- ✓ Quel est votre nom ?
- ✓ Quel est votre âge ?
- ✓ Quel est votre niveau d'instruction ?
- ✓ A quelle année était votre début en dialyse ?

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

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

- ✓ Comment avez-vous reçu l'annonce de votre maladie pour la première fois ?
- ✓ Comment était votre première séance de dialyse ?
- ✓ Combien de séances d'hémodialyse effectuez-vous par semaine ?
- ✓ Comment vous sentez vous avant et après une séance de dialyse ?
- ✓ Comment s'est développée votre maladie jusqu'à ce stade ?
- ✓ A votre sens quelle est la cause profonde de votre maladie ?
- ✓ Avez-vous des complications lors de séances d'hémodialyse ?
- ✓ Avez-vous d'autres personnes de votre entourage pour accomplir vos tâches quotidiennes ?
- ✓ Avez-vous d'autres maladies ou complications qui accompagnent cette maladie ?
- ✓ Êtes-vous fumeur ?
- ✓ Exercez-vous une activité physique quelconque régulière ? Laquelle ? comment vous sentez vous après cette activité ?
- ✓ Avez-vous des informations sur votre maladie ?
- ✓ Êtes-vous familiarisé avec la fistule ?
- ✓ Respectez-vous le régime alimentaire ?
- ✓ Selon vous le traitement est-il efficace ?

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

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

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

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

Cet axe nous permet d'explorer la relation du patient avec son entourage immédiat et particulièrement les liens les plus intimes avec l'âme sœur ainsi que les influences dont ils peuvent faire objet par la maladie.

- ✓ En étant hémodialysé, comment est votre relation avec les membres de votre famille ?
- ✓ Qu'en est-il avec le personnel soignant ?
- ✓ Comment est votre relation affective avec votre femme ? Avant la maladie ?
- ✓ En étant hémodialysé, éprouvez-vous un désir ou une envie sexuelle envers votre femme ?
- ✓ Avez-vous des rapports sexuels avec votre femme ? comment sont-ils ?
- ✓ Etes-vous satisfait ? qu'en est-il pour votre femme ?
- ✓ Avez-vous des difficultés ou problèmes particuliers pour accomplir l'acte sexuel ? Les quels selon vous ?
- ✓ Est-ce qu'il y a une différence dans l'accomplissement de l'acte sexuel entre l'avant et l'après la maladie ?
- ✓ Avez-vous exposé ou envisagé d'exposer votre problème à un spécialiste ou à votre médecin traitant ou bien à un ami intime ?

Axe N°4 : Les informations concernant le vécu psychologique

Cet axe nous permet de cerner le vécu psychologique du patient, et dégager sa gestion des excitations externes voir les traumatismes, la fluidité et la richesse ou carences des réponses par rapport aux questions posée.

- ✓ Avez-vous des souvenirs sur des événements particuliers qui vous ont marqué ? Quelle est leur nature ? A quelle tranche d'âge ?
- ✓ -Quels sont vos mauvais souvenirs ?
- ✓ -Vos meilleurs souvenirs ?
- ✓ -En étant hémodialysé, comment est votre sommeil ? Et avant la maladie ?
- ✓ -Faites-vous des rêves souvent ? pouvez-vous nous en parler sur eux ?
- ✓ -quelle est votre présentation sur ceux qui sont en bonne santé ?
- ✓ -quels sont vos projets futurs ?
- ✓ -Avez-vous un projet de greffe rénale ?
- ✓ -Parlez-moi de ce que vous voulez ?

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

2. Le TAT

Dans notre travail de recherche nous avons opté pour l'utilisation du test de TAT, car les planches de ce test traduisent souvent les relations d'objets dans différentes problématiques soit archaïque, narcissique ou objectale notamment l'œdipe dont la prégnance de la sexualité existe, en se référant à la méthode de V. Shentoub.

- **La situation TAT**

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

Contrairement au Rorschach non figuratif, le matériel TAT présente cette particularité " commune aux tests thématiques □ d'être à la fois figuratif et ambiguë.

En ce sens, il se prête à une analyse objective de type perceptif (qui conduit à la mise en place d'une description du matériel manifeste) et à une interprétation subjective, entraînant des associations d'ordre projectif (ce qui traduit les significations latentes attribuées au stimulus).

- **Le matériel**

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

L'édition originale comprend 31 planches, nous ne retiendrons que les planches considérées comme les plus pertinentes et les plus significatives.

L'ordre de présentations des planches doit être respecté, la planche 16 doit être proposée à la fin de la passation. Le déroulement de l'épreuve de TAT confronte le sujet à une modification du stimulus, les planches ayant des situations plus structurées aux moins structurées : Les dix premières planches, plus figuratives, représentent des personnages sexués, alors que les planches 11, 19 et 16 ne renvoient pas à des objets concrets bien définis.

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

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

- **La consigne**

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

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

fantasme qu'appelle l'évocation d'un « imaginer » entraîne pour le sujet l'acceptation du « laisser aller » et une certaine régression formelle de la pensée.

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

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

- **Le temps**

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

Les caractéristiques temporelles ne sont jamais interprétées en termes d'efficacité ou de performance, comme dans les épreuves d'intelligence, mais uniquement en tant que repères cliniques, montrant la plus ou moins forte réactivité du sujet ou au contraire sa tendance à l'inhibition. Y a-t-il nécessité pour lui de réfléchir avant de s'engager ou au contraire de se précipiter dans le récit ? Les planches déclenchent-elles des effets spécifiques notamment repérables au niveau des temps de latence ?

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

Sur le plan pratique, il est déconseillé d'utiliser un chronomètre, celui-ci risquant d'introduire une connotation psychométrique à la passation, il vaut mieux se servir d'une montre (munie d'une trotteuse) plus discrète, sans pour autant la cacher. (B. Foulard, 2003, P.35-36).

III. Analyse des techniques utilisées

1. Analyse de l'entretien clinique

1.1 La santé physique actuelle et antérieure

- Santé actuelle et antérieure.
- Complications, autres maladies et facteurs héréditaires.
- La relation entre les événements traumatiques et la maladie.

1.2 La santé psychologique

- Les événements importants dans la vie du patient.
- Les caractéristiques de la vie onirique du patient.
- Expression, souvenirs et projets d'avenir du patient.

1.3 Les caractéristiques de la relation d'objet et vie sexuelle

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

2. L'analyse du TAT

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

2.1 Les mécanismes de défense

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

- **Séries « A » et « B »**

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

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

- **La série « C »**

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

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

-Les procédés de la série « CN » qui ont été dégagés par F. Brelet (1981,1983) au cours d'une étude sur les personnalités considérées comme ayant des traits

narcissiques graves et développés dans son ouvrage le TAT fantasme et situation projective. Cette série de procédés renvoie à la modalité narcissique du fonctionnement psychique et plus particulièrement au surinvestissement de la polarité narcissique du fantasme.

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

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

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

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

- **La série « E »**

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

La présence de mécanisme de la série « E » en petite quantité est attendue au TAT ; leur apparition met l'accent sur une certaine perméabilité des instances et une souplesse qui autorisent l'irruption et la circulation de fantasmes et/ ou d'affects plus

massifs sans que pour autant le sujet en soit complètement désorganisé. On distingue dans cette série des procédés qui traduisent :

- Des défaillances majeures des conduites perceptives et de l'ancrage dans la réalité externe.

- Des perturbations profondes liées à l'envahissement par le fantasme ; des troubles majeurs liés à la relation d'objet voire à l'identité ;

- Et enfin des troubles liés à la désorganisation de la pensée et du discours qui dès lors s'inscrit plus dans une logique de communication. (C. Chabert, 2004, P.85 à 88).

2.2 La lisibilité

- **Procédés présents**

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

- **Evaluation des modalités de fonctionnement mental**

- **Type 1 (lisibilité +)**

- . Procédés souples et variés (« mixte »).
- . Présence des facteurs A1 et B1.
- . Affects nuancés.
- . Histoires structurées.
- . Résonance fantasmatique.

- **Type 2 lisibilités (±)**

- . Prédominance des facteurs A2
- Et/ou B2
- Et/ou C

Et/ou D.

Production altérée par les mécanismes mis en œuvre permettant un dégagement partiel (impact fantasmatique sous-jacent).

- Type 3 (lisibilité – ou +)

. Prédominance des facteurs E

Et C

Et D

. Défenses massives, affects massifs, (envahissement par les fantasmes sous-jacents).

2.3 Les problématiques globales

Chaque fois qu'on se livre à l'analyse des récits fournis par le sujet, on confronte la problématique abordée au contenu latent sollicité préférentiellement par les planches. Dans les meilleurs des cas, on observe une correspondance entre le contenu latent du discours du sujet et le contenu latent de matériel. Les écarts plus au moins importants, les difficultés ou les impossibilités à se situer au niveau conflictuel le plus évolué conduisent à préciser le registre dans lequel le sujet se maintient : en dépit de l'appel œdipien du TAT, il faut savoir que certaines planches, plus ambiguës, peuvent favoriser l'apparition de problématiques plus régressives ou franchement archaïques.

- **La problématique œdipienne**

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

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

- **Planches 4,6GF**, structurées avec évidence par la différence des sexes et /ou des générations se prêtent moins aisément à des associations agressives. Cependant leur caractéristique relationnelle qui privilégie un approché duel, donne lieu à des manifestations d'angoisse parfois intenses quand le sujet a du mal à se situer par rapport à une image parentale ressentie comme dangereuse par sa puissance et sa proximité : on observe des débordements pulsionnels, des émergences des processus primaires ou encore une inhibition invalidante qui rend compte de l'impossibilité à métaboliser les conflits. (D. Anzieu et coll, 2004, P153-154).

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

- **La problématique dépressive**

- **Planches 3BM, 13BG, 12BG**, renvoient d'emblée à une problématique de perte d'objet, quand l'accès à l'ambivalence n'a pas été possible, les sujets régressent vers une position schizo-paranoïde au sens de M. Klein (planche 3BM : thèmes d'empoisonnement, de persécution) ou bien se défendent contre l'angoisse sur un monde maniaque planche 13B, non reconnaissance dénuement de l'enfant ou de la précarité de l'environnement) les deux planches teste la possibilité du sujet à se maintenir dans sa continuité d'être, alors que l'objet est perdu (planche 3BM) ou absent (planche 13B), quand ces conditions ne sont pas remplies, ces planches donnent lieu à des thèmes de destruction (planche 3BM), à des représentations et/ou

à des défenses massives (planche 13B, abondons, dénuement extrême ou déni de l'angoisse et de la dépression). (D. Anzieu et coll, 2004, P154, 155).

- **La problématique prégénitale (archaïque)**

- **Planche 11** cette planche met à l'épreuve la capacité du sujet à élaborer l'angoisse prégénitale. Le sujet est-il capable de plonger dans ce matériel dont la sollicitation régressive est particulièrement importante et stressante, dans quelle mesure peut-il aménager cette « plongée régressive », remonter et reconstruire un passage relativement organisé à partir d'un matériel chaotique en se raccrochant aux éléments du matériel manifeste plus structurants. (V. Shentoub et coll, 1990, P58)

- **Planche 19** la mer comme la neige sont des références à la nature qui renvoient implicitement et symboliquement à l'imgo maternelle. Le stimulus réactive une problématique prégénitale dans l'évocation d'un contenant et d'un environnement permettant la projection du bon et du mauvais objet. La planche pousse également à la régression et à l'évocation de fantasmes phobogènes.

- **Planche 16** renvoie à la manière dont le sujet structure ses objets privilégiés et aux relations qu'il établit avec eux. Par ailleurs la dimension transférentielle de la situation est intensifiée dans la mesure où le matériel n'est pas figuratif, et où il s'agit de la dernière planche proposée.

2.4 Hypothèses concernant l'organisation structurale

- Prendre en compte les éléments différentiels suivants ; nature du conflit, nature de l'angoisse, type de relation d'objet dominant, modalités défensives dominantes.

- **Résumé de tous le protocole**

En résumé, la démarche d'analyse d'un protocole de TAT comporte les étapes suivantes

L'analyse planche par planche, pour chacune, décryptage des procédés, évaluation de la lisibilité, problématique (en référence au contenu latent du matériel).

1. L'impression générale.
2. Les procédés utilisés.

3. La lisibilité générale.
4. Les problématiques.
5. Evaluation quantitative des procédés présents.

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

- **Sexualité équilibrée**

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

- **Sexualité perturbée**

- La construction générale de l'histoire n'a aucune résonance fantasmatique. Aussi on souligne le refus de certaines planches donc certaines situations.
- L'absence des réponses sensorielles et même si elle est abordée reste un affect de circonstance.
- Manque des mécanismes de défense rigide et labile.
- L'absence des conflits - notamment interpersonnels- et leur traitement.
- Anonymat des personnages.

- La domination des mécanismes liés au concret des planches (banalisation Socialisation, placage). La domination des mécanismes d'inhibition
- Insister sur le factuel et l'actuel. Critique de situations ou la planche.
- Suite à la perte de la fonction de la sexualité, le patient présente des difficultés dans le traitement des situations dépressives - les possibilités d'être seules ou non- où leurs refus pour les planches (13B, 3BM, 1).

La méthode suivie dans la présentation des cas

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

- 1-l'analyse des données de l'entretien pour chaque cas, tenant compte de nos hypothèses de recherche.
- 2 -l'analyse des protocoles TAT des hémodialyses cas par cas et donner l'hypothèse concernant la fonction sexuelle de chacun de nos patients.
- 3-Enfin, s'appuyant sur les résultats de l'analyse de l'entretien et du test, on procède à la discussion des hypothèses de notre recherche.

Conclusion

Il est important de souligner, en conclusion, qu'il n'y a pas de travail scientifique possible sans méthode et méthodologie. La méthodologie permet un bon usage des techniques d'investigation choisies, et une rigueur dans l'analyse des données recueillies, afin de répondre à l'objectif principal de cette recherche sur la sexualité des hémodialysés et de vérifier les hypothèses qu'on a élaboré au départ.

Partie Pratique

Chapitre VI

Présentation et analyse des résultats

Présentation et analyse des résultats

Cas d'Adam

Adam est un patient âgé de 61 ans, fils unique, marié, père de trois enfants, de bonne constitution physique et ayant un niveau d'instruction fin d'études, il était pêcheur, actuellement en retraite, soigné par l'hémodialyse depuis un an.

1. Analyse de l'entretien

1.1 La santé physique antérieure et actuelle

- **Santé antérieure et actuelle**

En étant jeune, Adam était en très bonne santé physique, avec l'âge, il a contracté la HTA tension artérielle, le diabète qui sont deux maladies chroniques difficiles à gérer et puis après c'est l'insuffisance rénale chronique avec nécessité d'hémodialyse. Hospitalisé une seule fois à cause d'un abcès en 1986. Il déclare ; "J'ai la tension puis le diabète, la tension et le diabète sont la cause de mon état actuel"¹.

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

Sa maladie des reins n'est pas héréditaire, seulement, ses parents souffraient de la HTA. L'insuffisance rénale chronique est la complication du diabète. Il a tout le temps le problème de fatigue physique aigue et des douleurs aux jambes.

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

Adam déclare ne pas avoir de mauvais souvenirs par inhibition de la pensée en s'exprimant par les gestes. Il n'a pas de souvenirs.

1.2 La santé psychologique

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

Comme événements marquants, il a évoqué les jours de son mariage et celui de la naissance de son premier enfant.

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

¹ Siighe la tension, irnade le diabète, essebba ynou d'la tension d'le diabète iyidissawten ar dayi

Adam déclare ne pas faire de rêves, c'est une carence importante qui renvoie à un état de fragilité psychologique. Selon P. Marty, « on peut penser que le malade ne se souvient pas de ses rêves, soit par manque d'intérêt soit par une résistance à en révéler les contenus. Autrement dit, cette notion d'absence des rêves correspond théoriquement à l'isolement de l'inconscient, les excitations pulsionnelles créant d'autres voies que celles de la représentation et de l'élaboration onirique ». (P. Marty, 1984, P.1147). Adam dit ; "Les rêves apparemment non" .

- **Expression, souvenirs et projets d'avenir du patient**

Son discours est court, n'a pas grand-chose à dire, seulement disait qu'il avait une bonne constitution physique, pratiquait du sport. Pour autres chose, il n'a que la mer, la pêche et la nage. Pour les projets d'avenir, c'est néant. Il dit ; "CE que je voulais faire, je l'ai fait, je souhaitais construire, j'ai construit"¹. Pour la greffe, il l'a souhaite, mais accepte le rein d'un mort, pas un vivant ; "Qui va me le donner, si il est de quelqu'un de mort c'est d'accord, mais, si je rajoute quelqu'un à mon état c'est non, il y a mes enfants, je les ai refusés" ² .

1.3 Les caractéristiques de la relation d'objet

- **Relation avec la famille et le personnel hospitalier**

La relation avec les proches est bonne, reçoit leurs visites chez lui et il en est de même pour le personnel hospitalier qui le soigne.

- **Nature de la relation affective avec le conjoint**

Avec sa femme, la relation affective est très bonne, et évoque son grand soutien et son importance dans la famille. Il dit ; "très bonne, c'est elle qui s'occupe de moi, c'est elle le pilier de ma maison" ³ .

- **Nature et caractéristiques de la relation sexuelle avec le conjoint**

Pour son problème sexuel, déclare accepter la chose, perd toute espoir avec un ton de ne plus avoir envie de faire quelque chose pour changer sa situation, c'est un

¹ Ayenvghighathkhedmeghkhedmeghth, etsmennighadvnough,vnigh.

² Menhouarayitsedyfken, bessah, ma yellayiwenimmouthenghass. Ma yellaadernoughyiwenghour, khati, ellanewarrawiw, ouguighassen

³ Très bonne, d ne tsatheiyirefdhen, d netsathe id el merssa n'wexxami

état de désespoir total renvoyant à une situation dépressive. Il déclare ; "Non, ma vie est finie, j'ai des enfants, l'être humain est malade, il est malade, c'est fini" .¹

Conclusion de l'entretien

La relation de Adam avec sa femme est affective et très bonne, en évoquant son grand soutien et son importance dans sa famille. En ce qui concerne son problème sexuel, il déclare accepter la chose, et perd tout espoir avec un ton de ne plus avoir envie de faire quelque chose pour changer sa situation, c'est un état de désespoir total renvoyant à une situation dépressive.

2. Analyse du test TAT

Planche 1

15". zerregh akchiche igue ts khemmimen à quelque chose..... 40"

Procédés : Accrochage au contenu manifeste CF1 ; Accent porté sur les conflits intrapersonnels A2(17) ; Scotomes d'objet manifestes E (1) ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; motifs des conflits non précisés, récit banalisé à outrance, impersonnels, placages CP4.

Lisibilités : Type 2 (±)

La problématique de la situation d'immaturation fonctionnelle devant l'objet d'adulte est perçue et non élaborée par le patient, par recours aux procédés d'évitement du conflit.

Planche 2

.13" da fellah à savoir dachou ikheddem....tayi tsamettout th dou wraze sou aaroure.....daya izerregh 1'

Procédés : Accrochage au contenu manifeste CF1 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Motifs des conflits non précisés, récit banalisé à outrance, impersonnels, placages CP4.

Lisibilités : Type 2 (±)

¹ Non, dayen el hayatseynou, essaigheedderya ben ademyehlek, yehlek, dayen

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

Planche 3 BM

.....20^{''} D elaabde accroupi i ts khemmim ...on peut dire un esclave ...c'est tout 1'

Procédés : Accrochage au contenu manifeste CF1 ; Silences importants intra-récit CP1 ; Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative) CM (2-) ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1.

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : La problématique dépressive est perçue mais pas élaborée par le fait du recours de Adam aux procédés antidépressifs.

Planche 4

.13^{''} un couple amoureux...daya i guellane di la photo ayi..... 35^{''}

Procédés : Érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ ou symbolisme transparent B2 9 ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP1 ; motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP4 ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP1

Lisibilités : Type 2 (±)

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

Planche 5

.13^{''} une grand mère theldi thawourte...pour entrer à la chambre.... C'est tout. 40^{''}

Procédés : Accrochage au contenu manifeste CF 1 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP 4.

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : La problématique de l'image surmoïque est perçue mais n'est pas traitée par le fait de l'introduction des procédés d'évitements.

Planche 6 BM

.13^{''} Une mère qui parle à son fils...daya 30^{''}

Procédés : Identifications souples et diffusées B1 3 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP 1 ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP 4.

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : La problématique hétérosexuelle est perçue mais non élaborée, par le recours aux mécanismes d'évitements.

Planche 7 BM

.8^{''} un père parle à son fils... 25^{''}

Procédés : Accrochage au contenu manifeste CF1 ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP 1 ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP 4.

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : La relation père/fils est perçue, mais pas traitée par le fait du recours aux mécanismes d'évitements.

Planche 8BM

6^{''} c'est une photo bizarre....c'est photo bizarre... comment je dirais....un hôpital, pas un hôpital... quelqu'un.... 50^{''}

Procédés : Nécessité de poser des questions. Tendance refus. Refus CP 5 ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP 1 ; Persévération E 10 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP 1 ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP 1, annulation A2 9 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP 1 ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP 4.

Lisibilités : Type 2 (\pm)

Problématique : La problématique agressive de cette planche est perçue, mais pas élaborée par le recours aux procédés de contrôle.

Planche 10

23^{''} une mère amoureuse... 32^{''}

Procédés : Affect-titre CN3 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP 1 ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP 4.

Lisibilités : Type 3 (-)

Problématique : La problématique libidinale et la relation duelle n'est pas perçue ni élaborée par le recours de Adam au placage.

Planche 11

..22^{''} une cascade w amane, ehh.... une cascade d'eau... 40^{''}

Procédés : Accrochage au contenu manifeste CF 1 ; Craquées verbales (troubles de la syntaxe) E 17 ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP 1 ; Persévération E 10, motifs des conflits non précisée, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP 4.

Lisibilités : Type 2 (\pm)

Problématique : La problématique archaïque à laquelle renvoie la planche est perçue mais pas élaborée, par l'introduction des mécanismes d'évitements.

Planche 12 BG

.10^{''} un lac d'eau...Il y a aussi une barque ... 25^{''}

Procédés : Accrochage au contenu manifeste CF1 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP 4.

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : La problématique dépressive suggérée par cette planche est perçue mais n'est pas traitée, car le patient s'est accroché au contenu manifeste.

Planche 13 B

.5^{''} akchich eikkim errif ouwemnar amek ara sen semmi en te wourthe 15^{''}

Procédés : Accrochage au contenu manifeste CF1 ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP4.

Lisibilités : Type 3 (-)

Problématique : La problématique dépressive n'est pas perçue ni élaborée, par le recours de Adam aux procédées d'évitement du conflit de types placage

Planche 13 MF

.22^{''} une femme allogée dans un lit.... un homme ivedd. 32^{''}

Procédés : Accrochage au contenu manifeste CF1 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP 4.

Lisibilités : Type 3 (-)

Problématique : La problématique de la sexualité de la planche, n'est ni perçue, ni traitée par le recours aux procédés d'évitement du conflit.

Planche 19

18^{''} ou fehimegh rien du tout dayi...je ne comprends rien dayi...(il la retourne vers moi) regarde la.....c'est une photo bizarre 55^{''}

Procédés : Critique de soi CN9 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Persévération E10 ; Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles CC1 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Nécessité de poser des questions. Tendance refus. Refus CP5 ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP4.

Lisibilités : Type 3 (-)

Problématique : La problématique prégénitale n'est pas perçue ni élaborée par le recours au début, au comportement puis aux procédés d'évitement du conflit.

Planche 16

3^o c'est une feuille blanche...une feuille blanche...daya...ifoukk l'filme 15^o

Procédés : Accrochage au contenu manifeste CF1 ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Remâchage, rumination A2(8) ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Exclamations, commentaires, digressions, références/ appréciations personnelles B2 (8).

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : La problématique de la structuration des objets privilégiés en relation avec le patient ne sont pas cités par l'accrochage au contenu manifeste d'abord puis par le recours aux procédés d'évitement du conflit.

2.1. Les mécanismes de défense à partir du TAT

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

Le patient a traité la plupart des planches par le fait qu'on ne trouve pas de refus, mais on note le recours massif d'Adam aux procédés d'évitement du conflit.

- **Les procédés utilisés**

Toutes les séries de la feuille de dépouillement sont présentes à savoir la prégnance de la série C, d'évitement de conflit, en première position, en deuxième position on trouve les procédés d'émergence en processus primaire, on trouve la série A de contrôle, en troisième et dernière position se sont les procédés labiles.

On remarque la dominance des mécanismes d'évitement du conflit avec un pourcentage de 82%, dont on souligne la présence des procédés phobiques, par les silences importants intra-récits avec la tendance à la restriction.

Le registre d'émergence en processus primaires vient en deuxième position avec 7,93%, dans la troisième position on trouve la présence des procédés de type contrôle et les procédés labiles présents en dernière position avec un pourcentage de 4,76%.

2.2. La lisibilité : Type 2 (lisibilité \pm)

2.3. Les problématiques globales

a. la problématique œdipienne

Pour la planche 1, Adam a perçu la problématique de l'immaturation fonctionnelle devant un objet d'adulte mais non élaborée, chose qui a empêché son traitement. Pour les planches 2 et 4, la problématique de la triangulation œdipienne est perçue, mais ne sont pas traitées par le recours du patient aux procédés d'évitement du conflit. A la planche 6BM la relation entre mère/fils est perçue mais non élaborée à cause du recours d'Adam au mécanisme d'évitement de conflit, idem pour la planche 7BM, la problématique est perçue mais n'est pas élaborée par le recours aux mécanismes d'évitement du conflit. A la planche 8BM la problématique de l'agressivité est perçue mais n'est pas traitée par le recours aux mécanismes d'évitement du conflit de type silence intra-récit. Par contre à la planche 10 la problématique libidinale et de la relation duelle n'est pas perçue et n'est pas traitée par son recours au placage. A la planche 13MF il n'a pas perçu ni traité la relation libidinale par le recours aux procédés d'évitement de conflits.

b. La problématique dépressive

La problématique de la planche 3BM est perçue mais non élaborée par le recours aux procédés anti dépressifs, pour la planche 12BG, la problématique suggérée par cette planche est perçue mais pas élaborée par son accrochage au contenu manifeste. Pour la planche 13B, elle n'est ni perçue ni élaborée suite à son recours aux procédés d'évitement du conflit de types placages

c. La problématique pré-génitale archaïque

La problématique de la planche 11 est perçue mais n'est pas traitée par l'introduction des mécanismes d'évitement du conflit. La planche 19 n'est pas perçue ni élaborée par le recours au placage. A la planche 16 on note la tendance à la restriction puis le recours aux procédés de contrôle de type annulation.

Conclusion des données TAT

L'analyse de protocole, nous montre que Adam s'appuie en première position sur les mécanismes d'évitement du conflit, dont les procédés phobiques qui sont présents avec un taux élevé, en deuxième position on trouve les procédés d'émergence en processus primaires et en troisième position les procédés de contrôle, la dernière position est occupée par les

procédés labiles. On note que la plupart des problématiques sont perçues mais ne sont pas traitées, excepté les planches 10, 13B, 13MF, 19 qui ne sont ni perçues ni traitées.

Donc à partir du protocole TAT la vie sexuelle de Adam est déséquilibrée pour les motifs suivant : l'évitement de l'investissement relationnel avec le recours au registre B. Aussi l'absence de vie pulsionnelle libidinale. Et l'absence d'expression verbalisée d'affect fort ou exagéré. Et l'érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et /ou symbolisme transparent.

Le tableau N° 1 représente l'évaluation quantitative des procédés présents du cas Adam

A	B	C					E
		P	N	M	C	F	
A2(8) =1	B1(3) =1	CP1=22	CN3=1	CM2-	CC1=1	CF1=10	E10=3
A2(9) =1	B2(8) =1	CP4=14	CN9=1	=1			E17=1
A2(17) =1	B2(9) =1	CP5=2					E16=1
$\Sigma A=3$	$\Sigma B=3$	$\Sigma CP=38$	$\Sigma CN=2$	$\Sigma CM=1$	$\Sigma CC=1$	$\Sigma CF=10$	$\Sigma E=5$
4,76%	4,76%	$\Sigma C=52$					7,93%
		82,54%					
		$\Sigma=63$					
		100%					

Résumé du cas

La relation de Adam avec sa femme est affective est très bonne, en évoquant son grand soutien et son importance dans sa famille. En ce qui concerne son problème sexuel, il déclare accepter la chose, perd tout espoir avec un ton de ne plus avoir envie de faire quelque chose pour changer sa situation, c'est un état de désespoir total renvoyant à une situation dépressive.

L'analyse de protocole, nous montre que Adam s'appuie en première position sur les mécanismes d'évitement du conflit, dont les procédés phobiques qui sont présents avec un taux élevé, en deuxième position on trouve les procédés d'émergence en processus primaires et en troisième position les procédés de contrôle, la dernière position est occupée par les procédés labiles. On note que la plupart des problématiques sont perçues mais ne sont pas traitées, excepté les planches 10, 13B, 13MF, 19 qui ne sont ni perçues ni traitées.

Donc à partir du protocole TAT la vie sexuelle de Adam est déséquilibrée pour les motifs suivants : l'évitement de l'investissement relationnel avec le recours au registre B. Aussi l'absence de la vie pulsionnelle libidinale. Et l'absence d'expression verbalisée.

En résultat, les données de l'entretien concordent avec celles de l'analyse du TAT.

Cas de Samir

Samir est un patient âgé de 56 ans, un peu maigre, marié, père de quatre enfants et ayant un niveau d'instruction fin d'études. Dans la vie active, il exerçait en tant que maçon coffreur sur chantier, il est en hémodialyse depuis deux ans.

1. Analyse de l'entretien

1.1 Santé physique antérieure et actuelle

- **La santé antérieure et actuelle**

Samir n'avait pas de problèmes de santé jusqu'en 2010, l'année durant laquelle, il avait eu un accident de chantier qui lui a causé une invalidité de 50% avec nécessité de soins, puisqu'il avait eu une paralysie de la partie gauche, hémiplégie gauche en 2015, il avait subi une intervention sur la vésicule suivi d'une hospitalisation de dix jours.

Suite à des douleurs pour uriner, suivies d'analyses, par les quelles son médecin soupçonnait un problème de prostate, avec les soins, dont il n'a pas pu supporter les médicaments prescrits pendant un mois, il vomissait et son état s'est aggravé et est entré dans un état de coma pendant trois jours à l'hôpital, et avec les analyses sur son pancréas, puis avec l'IRM, il s'est avéré que ses reins ne fonctionnent plus. Ainsi, il est passé à l'hémodialyse. En disant ; "En 2010, J'ai fait un accident au chantier, j'y suis tombé, ma gauche est paralysée, les assurances m'ont accordé un arrêt de travail jusqu'à 2019, avec invalidité de 50%, le médecin m'a ajouté des médicaments que je suivais. " ¹

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

La maladie de Samir n'est pas héréditaire, il avait un problème de fistule, il a fallu la changer six fois pour qu'elle réussisse, aussi, il déclare des difficultés de respiration comme complication de la maladie IRC et un peu de fatigue. Il dit ; " J'ai refait la fistule six fois, et elle s'arrêtait, celle-là est réussie " ².

¹ En 2010, khedmegh un accident, au chantier, ghligh, ma gauche est paralysée, les assurances efkanyde un arrêt de travail jusqu'à 2019, avec invalidité 50%, irnaydetebibdwa i ttavaegh.

² khedmegh la fistule six fois th hebbess , tayitendjeh

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

Samir a vécu des moments de choc et de traumatisme à commencer par son accident, le coma à l'hôpital où il a frôlé la mort, et surtout l'annonce de sa maladie qu'il n'a ni accepté ni supporté et qui a une valeur traumatique. Il dit ; "Quand on m'avait dit, j'ai eu très peur, je ne l'ai pas acceptée à un degré très grand" ¹.

1.2 Santé psychologique

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

Samir n'avait pas d'événements importants à raconter à part le fait que sa vie était dure car issu d'une famille de montagnards, donc pauvre.

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

Depuis qu'il est malade, Samir a un sommeil perturbé, dans ses rêves dit voir que des choses telles que chutes, bagarres renvoyant à une allure d'un contenu cru. Il dit ; " Je ne dors pas bien, avant, c'est non. Je rêve que je suis tombé, ou en train de me bagarrer" ². Le rêve cru selon P. Marty « semble exposer une image de l'inconscient refoulé du sujet et qui ne sont pas rares chez les malades somatiques mal mentalisés » (P. Marty, 1984, P.1150-1152).

- **Expression, souvenirs et projets d'avenir du patient**

Il n'a pas de souvenirs à raconter, à part son accident et sa maladie sur laquelle il se focalise, et n'a pas de projets futurs. Pour la greffe, il l'a refusé carrément. Il dit ; " La greffe, non"

1.3 Caractéristiques de la relation d'objet et vie sexuelle

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

Samir entretenait de bonnes relations avec les membres de sa famille, et même avec ceux de l'équipe soignante.

- **Nature de la relation affective avec le conjoint**

Il a une très bonne relation affective avec sa femme

¹ miiyidenane khelaghkelkeghmlih outstekvilegh araougadegharyweth n daradjatamekrantemerra

² ouganegh ara mlih, oukvelkhati , tsargoughghligh,tnaghegh

- **Nature et caractéristiques de la relation sexuelle avec le conjoint.**

Concernant la sexualité, il s'exprime avec effroi, d'un ton de gravité extrême de la chose, il dit qu'il souffre d'un manque très grave dans sa relation sexuelle. Il a perdu les deux caractéristiques vitales qui sont ; l'envie et la puissance sexuelles et cela depuis son début en hémodialyse il y a deux ans de cela, et nous confiait que c'est la raison pour laquelle il tient à faire cet entretien, pour nous exposer son malaise. En outre, il dit ressentir de la honte et une culpabilité, c'est comme s'il a trahi sa femme, car ne pourra plus la satisfaire or que sa vie était très bien avant la maladie. Aussi, il nous demande de l'aide pour résoudre ce problème. "Avec ma femme, c'est très bien, mais j'ai un manque grave, je n'ai ni envie ni force, je ne peux pas et pourtant avant l'hémodialyse c'était très bien. Je veux me soigner, mais j'ai honte, je me dis toujours, cette semaine je vais voir le médecin, mais je suis bloqué, j'ai honte"¹.

Conclusion de l'entretien

Samir a une bonne relation affective avec sa femme, concernant sa sexualité, il s'exprime avec effroi, d'un ton de gravité extrême de la chose, il dit qu'il souffre d'un manque très grave dans sa relation sexuelle. Il a perdu les deux caractéristiques vitales qui sont ; l'envie et la puissance sexuelles et cela depuis son début en hémodialyse, il y a deux ans de cela, et nous confiait que c'est la raison pour laquelle il tient à faire cet entretien, pour nous exposer son malaise. En outre, il dit ressentir de la honte et une culpabilité, c'est comme s'il a trahi sa femme, car ne pourra plus la satisfaire or que sa vie était très bien avant la maladie. En nous demandant de l'aide pour résoudre son problème.

Analyse du test TAT

Planche1

8"wayi c'est un chanteur i ts khemmim bache a d yekhdem des paroles daya dayakane
25"

¹ Wahid tsmettouthiw très bien, besseh essiigh un manque grave oulache l'envie oulache la force ourezmiregh ara et pourtant oukvel l'hémodialyse c'est très bien ». « Vghigh ad soigniigh besseh en nehchamegh e kkarghass dima ad rouhegh ad zreggh tvive esse mana ayi besseh blokigh nehchamegh..

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

Lisibilités : Type 1 (+)

Problématique : La problématique de la situation d'immaturation fonctionnelle devant l'objet d'adulte est perçue et élaborée par le recours de Samir aux procédés intra-personnels.

Planche 2

.10" wayi tsamettouth iguellane n errif tebgha atstsffegh ar le kraya thessaa la famille yemmas ttallay ghouress tebeaad fellas tetskhemmim fellas netstsath youaar fellass bache atstseffegh alors yemmass thetstswessy zguess.nouthny zedeghen g oumkane youaar d'adrar. Daya. 1'5"

Procédés : Accrochage au contenu manifeste CF (1); Surinvestissement de la fonction de l'étayage de l'objet CM (1); Accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17); Élément de type formation réactionnelle (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.) A2(10); Silences importants intra-récit CP (1); Idéalisation de l'objet (valence négative) CM2(-).

Lisibilités : Type 1 (+)

Problématique : La problématique triangulaire du conflit œdipien est perçue et élaborée par le fait que le patient a cité la relation duelle et la différenciation de génération.

Planche 3BM

.....11"dayi ouezrigh ara effachou igue senned chghoul l hadja it assaf fellas yetstsrou fellass...tsajebbante....daya kan, daya izemreggh ag d hedreggh. 1'

Procédés : Critique de soi CN (9); Fausses perceptions E (4); Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel CN (1); Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés B2(4); Scotomes d'objets manifestes E (1); Silence importants intra-

récit CP (1) ; Insistance sur le repérage des limites et des contours CN (6) ; Silence importants intra-récit CP (1) ; Critique de soi CN (9) ; Motifs des conflits non précisés, récit banalisé à outrance, impersonnels, placages CP (4).

Lisibilités : Type 1 (+)

Problématique : La problématique dépressive suggérée par cette planche est perçue et traitée par l'évocation du cimetière qui renvoie à la perte d'objet.

Planche 4

..12"dayi its vin iyid mal entendu guar le couple ayini nets tsa itshouffe ad i baedfellass netstsath thevgha at biyen t essfa.....netsa itsvane i fkaae.10».....ou e ssebba izratse gue oumkane oussiaedjiv ara. 2'

Procédés : Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel) CN (1) ; Exclamation, commentaires, digression, références /appréciations personnelles B2(8) ; Silence importants intra-récit CP (1) ; Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel) CN (1) ; Silence importants intra-récit CP (1) ; Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et /ou transparent B2(9).

Lisibilités : Type 1 (+)

Problématique : La problématique conflictuelle du couple est perçue et élaborée par le fait que Samir a évoqué la relation hétérosexuelle porteuse de mouvements pulsionnels différents.

Planche 5

...12" dayi tsametouth gue la chambre eth jebboude ghes salon ijinitse ijinitse ethjebboud e ghouress daya 1'

Procédés : Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; Persévération E (10) ; Élément de type formation réactionnelle (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.) A2(10) ; Motifs des conflits non précisés, récit banalisé à outrance, impersonnels, placages CP(4).

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : Le patient a perçu la problématique en évoquant l'image surmoïque mais reste non élaborée par recours au procédé de l'émergence en processus primaires de type persévération.

Planche 6BM

9" dayi fehmegh bellik anda d emmiss y sseaa un problème ... netstsath theffekae fellass ou messfhamen ara a f le problème enny... netsa y tskhemmim netsath ou tsefhimith ara 1'3"

Procédés : Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; Accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17) ; Silence importants intra-récit CP (1) ; Exclamation, commentaires, digression, références/appréciations personnelles B2(8) ; Silence importants intra-récit CP (1) ; Remâchage, rumination A2(8).

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : La problématique à la relation mère/fils est perçue par le patient et est peu élaborée par son recours d'abord aux procédés d'évitement du conflit puis aux procédés du contrôle de type remâchage.

Planche 7BM

..8" taya itswessi gue mis em mis i sellas..... daya i zmregh ag dinigh..... 1'2"

Procédés : Élément de type formation réactionnelle (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.) A2(10) ; Silence importants intra-récit CP (1) ; Accent porté sur le faire CF (3) ; Silence importants intra-récit CP (1) ; Critique de soi CN (9) ; Silence importants intra-récit CP (1) ; Motifs des conflits non précisés, récit banalisé à outrance, impersonnels, placages CP (4).

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : La problématique est perçue mais non développée à cause du recours de Samir aux procédés d'évitement du conflit de type placage et silences importants intra-récit.

Planche 8BM

.8>dayi c'est un crime ...wayet izera anechth enny....iedjvass el hal issoussem ou yekvel anechth ayi.....daya 1'30

Procédés : affect-titre CN (3) ; Silence importants intra-récit CP (1) ; Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel) CN (1) ; Exclamation, commentaires, digression, références/appréciations personnelles B2(8) ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP (1).

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : La problématique de l'agressivité à la quelle renvoie la planche est perçue mais non élaborée en introduisant les mécanismes de l'évitement.

Planche 10

10^{''} Dayi un couple di moukranen oumbaad la dame enni..... garassen el hanana surtout amghar ayi its abbir belli yella el hanana garassen.....ghassen guel khayal 1'10''

Procédés : Idéalisation de l'objet (valence positive) CM2(+); Silence importants intra-récit CP (1) ; Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés B2(4) ; Isolement des éléments ou des personnages A2(15) ; Remâchage, rumination A2(8) ; Accent porté sur les conflits intra-personnels A2 (17).

Lisibilités : Type 1 (+)

Problématique : La problématique de l'expression libidinale et la relation duelle a été perçue et élaborée par le recours de Samir aux procédés de conflictualisation de type expression verbalisée d'affects fort ou exagérés.

Planche 11

.11^h (la retourne) aka negh aka....(la retourne)....(dit non avec le geste)...bi doune taabir.... 1'5^h

Procédés : Agitation motrice, mimiques et/ou expressions corporelles CC (1) ; Demande faite au clinicien CC (2) ; Agitation motrice, mimiques et/ou expressions corporelles CC(1) ; Tli long et/ou silence importants intra-récit CP(1) ; Exclamation, commentaires, digression, références/appréciations personnelles B2(8) ; Motifs des conflits non précisés ,récit banalisé à outrance ,impersonnels ,placages CP(4) .

Lisibilités : Type 3 (-)

Problématique : La problématique archaïque à laquelle renvoie la planche n'est ni perçue ni traitée par le recours de Samir aux comportements de types agitation motrice et demandes faites au clinicien.

Planche 12BG

.....5^h D chchethwa adfell asemmit d ouvehhri daya kane... the chchethwa kessiheth...daya 30^h

Procédés : Accent mis sur la qualité sensorielle CN (5) ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP (1) ; Remâchage, rumination A2(8) ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP (1) ; Motifs des conflits non précisés, récit banalisé à outrance, impersonnels, placages CP (4),

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : La problématique dépressive suggérée par cette planche est perçue mais pas élaborée par le recours du patient aux procédés de contrôle de type remâchage.

Planche 13B

...5^h dayi d akhkhham akhkhham ou zawali.....emmis izeguade f thewourth itse

khemmim f el hetta wachou i guella.....itallaye ar el hadja.....t adjvass its menny ad ilhak ardinna voilà. 35^{''}

Procédés : Idéalisations de l'objet (valence négative) CM (2-) ; Tli long et /ou silence importants intra-récit CP (1) ; Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; Accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17) ; Tli long et /ou silences importants intra-récit CP (1) ; Remachage, rumination A2(8) ; Tli long et /ou silences importants intra-récit CP (1).

Lisibilités : Type 1 (+)

Problématique : La problématique dépressive est perçue et élaborée par l'évocation des procédés de contrôle de type conflits intra-personnels.

Planche 13MF

.26^{''} dayi arguaz ikhdem le crime n diri netsa tsmettouth ou mbaad ikred y ndem l'10^{''}

Procédés : Anonymat des personnages CP (3) ; Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent B2(9) ; Hésitation entre interprétations différentes A2(6) ; Accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17).

Lisibilités : Type 1(+)

Problématique : La problématique de la sexualité de la planche est perçue et élaborée par le recours de Samir aux procédés de contrôle de type intra personnels.

Planche 19

.11^{''} ou tsefhimegh ara la photo ayi.....bi doune taabir....non 30^{''}

Procédés : Insistance sur le repérage des limites et des contours CN (6) ; Tli long et /ou silence importants intra-récit CP (1) ; Exclamation, commentaires, digression, références/appréciations personnelles B2(8) ; Tli long et /ou silence importants intra-

récit CP (1) ; Motifs des conflits non précisés, récit banalisé à outrance, impersonnels, placages CP (4).

Lisibilités : Type 3 (-)

Problématique : La problématique prégénitale n'est pas perçue et non élaborée par l'introduction des procédés d'évitement du conflit.

Planche 16

.5ⁿ (il sourit)...ourzerregh kra d ghes.....une feuille transparente....chghoul transparente daya i zerregh d guess 1'

Procédés : Agitation motrice, mimiques et /ou expressions corporelles CC (1) ; Tli long et /ou silence important intra-récit CP (1) ; Critique de soi CN (9) ; Tli long et /ou silence important s intra-récit CP (1) ; Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; Tli long et /ou silence important s intra-récit CP (1) ; remâchage, rumination A2(8) ; Motifs des conflits non précisés, récit banalisé à outrance, impersonnels, placages CP (4).

Lisibilités : Type 3 (-)

Problématique : La problématique de la structuration d'objets privilégiés en relation avec le patient n'est pas élaborée, car ces objets n'ont pas été cités par le recours de Samir, d'abord à l'accrochage au contenu manifeste puis aux procédés d'évitement du conflit.

1.1 Les mécanismes de défense à partir du TAT

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

Le patient a traité la plupart des planches du TAT, avec restriction comme on note le recours du patient aux procédés d'évitement chose qui l'a poussé à donner deux refus des planches archaïques telles planche 11 et 19. (cp-5).

- **Les procédés utilisés**

Toutes les séries de la feuille de dépouillement sont présentes avec la prégnance de la série C d'évitement du conflit en première position, en deuxième position on

trouve la série A de contrôle, en troisième position se sont des procédés labiles suivis par la série E, d'émergence des processus primaires.

On remarque la dominance des procédés de la série C d'évitement des conflits avec un pourcentage 69%, dont on souligne la présence des procédés phobiques, par les silences importants intra-récits, avec des tendances générales à la restriction.

Le registre du contrôle est en deuxième position avec 18,38%, dans la troisième position on trouve les procédés labiles avec un pourcentage de 9,19% et enfin ceux archaïques avec 4,44%.

2.2. La lisibilité : Type 2 (±)

2.3. Les problématiques globales

a. La problématique œdipienne

Pour la planche 1, Samir a perçu la problématique d'immaturation fonctionnelle devant un objet d'adulte chose qui lui a permis son élaboration. Pour les planches 2 et 4, idem, Samir a réussi à percevoir la problématique de la triangulation œdipienne.

A la planche 6BM la relation mère/fils est perçue mais peu élaborée par le recours de Samir aux mécanismes de contrôle de type remâchage, pour la planche 7BM la problématique de l'agressivité est perçue mais non traitée en introduisant les mécanismes d'évitement de conflits. Par contre à la planche 10 libidinale Samir l'a perçue et il l'a élaborée. Et pour la planche 13MF, idem elle est perçue et traitée par Samir.

b. La problématique dépressive

La problématique dépressive est perçue et traitée dans la planche 3BM, à la planche 13B Samir a perçu et a élaboré la problématique de la planche. Dans la planche 12BG la problématique dépressive est perçue mais n'est pas traitée par le recours du patient aux procédés de contrôle.

c. La problématique prégénitale archaïque

La problématique de la planche 11 n'est pas perçue ni élaborée en faisant recours à l'agitation motrice et demandes faites au cliniciens (l'étayage). De même la planche 19 n'est pas perçue ni traitée en faisant recours aux procédés d'évitement de

type placage. A la planche 16 on note la tendance à la restriction puis le recours aux procédés de contrôle de type remâchage.

Conclusion des données de TAT

L’analyse du protocole nous montre que Samir mobilise en première position les mécanismes d’évitement du conflit, dont les procédés phobiques qui sont présents avec un taux élevé. En deuxième position les procédés de contrôle et en troisième position des procédés labiles, la dernière position est occupée par les procédés d’émergence en processus primaires. On note que la plupart des problématiques sont perçues et élaborées, excepté les deux refus notés aux planches archaïques 11 et 19. comme on signale qu’aucune des planches n’a été traitée par Samir avec richesse.

Donc à partir du protocole TAT la vie sexuelle de Samir est déséquilibrée pour les motifs suivant : l’évitement de l’investissement relationnel avec le recours au registre B. Aussi l’absence de la vie pulsionnelle libidinale. Et l’absence d’expression verbalisée. Avec le refus du traitement des planches archaïques.

En résultat, les données de l’entretien concordent avec celles de l’analyse du TAT.

Le tableau n°2 représente l’évaluation quantitative des procédés présents cas Samir

A	B	C					E
		P	N	M	C	F	
A2(6) = 1	B2(4) =2	CP1=25	CN1=4	CM1=1	CC1=3	CF1=5	E1=1
A2(8) = 5	B2(8) =5	CP3=1	CN3=1	CM2+=2	CC2=1	CF3=1	E4=1
A2(10) =3	B2(9) =1	CP4=7	CN5=1	CM2-=2			E10=1
A2(15) =1			CN6=2				
A2(17) =6			CN9=4				
ΣA=16 18,39 %	ΣB=8 9,19 %	ΣCP=33	ΣCN=12	ΣCM=5	ΣCC=4	ΣCF=6	ΣE=3 4,44 %
		ΣC=60 69%					
Σ=87 100%							

Résumé du cas

Samir à une bonne relation affective avec sa femme, concernant sa sexualité, il s'exprime avec effroi, d'un ton de gravité extrême de la chose, il dit qu'il souffre d'un manque très grave dans sa relation sexuelle. Il a perdu les deux caractéristiques vitales qui sont ; l'envie et la puissance sexuelles et cela depuis son début en hémodialyse, il y a deux ans de cela, et nous confiait que c'est la raison pour laquelle il tient à faire cet entretien, pour nous exposer son malaise. En outre, il dit ressentir de la honte et une culpabilité, c'est comme s'il a trahi sa femme, car ne pourra plus la satisfaire or que sa vie était très bien avant la maladie. En nous demandant de l'aide pour résoudre son problème.

L'analyse du protocole du TAT, nous montre que Samir mobilise en première position les mécanismes d'évitement du conflit, dont les procédés phobiques qui sont présents avec un taux élevé. En deuxième position les procédés de contrôle et en troisième position des procédés labiles, la dernière position est occupée par les procédés d'émergence en processus primaires. On note que la plupart des problématiques sont perçues et élaborées, excepté les deux refus notés aux planches archaïques 11 et 19. comme on signale qu'aucune des planches n'a été traitée par Samir avec richesse.

Donc à partir du protocole TAT la vie sexuelle de Samir est déséquilibrée pour les motifs suivants : l'évitement de l'investissement relationnel avec le recours au registre B. Aussi l'absence de la vie pulsionnelle libidinale. Et l'absence d'expression verbalisée. Avec le refus du traitement des planches archaïques.

En résultat, les données de l'entretien concordent avec celles de l'analyse du TAT.

Cas de Tahar

Tahar est un patient âgé de 49 ans, d'un physique moyen, il est le benjamin d'une famille de quatre frères, marié, père de deux enfants. Son niveau d'instruction est de fin d'études bilingue, maçon de fonction. Il est admis en hémodialyse depuis presque quatre ans.

1- Analyse de l'entretien

1.1 La santé physique antérieure et actuelle

- **Santé antérieure et actuelle**

Durant son enfance Tahar était fort, se portait bien, Il dit : "moi j'étais en bonne santé", ayant commencé le travail très jeune, à l'âge de 23 ans il a fait un accident de chantier et était touché à l'épaule et au genou. Il dit ; " Quand je travaillais au chantier, j'étais blessé à l'épaule et au genou, j'avais 23 ans" ¹. Il déclare avoir la maladie des reins avec le temps et petit à petit ils ne sont plus fonctionnels, Il dit ;" Je le savais, avant j'avais l'insuffisance modérée, mais se dégrade, je soignais et puis après, petit à petit c'est fini"². Lors des premières séances durant un mois, il a souffert car on lui a fait un cathéter jugulaire dans le cou, et puis après mis en hémodialyse. Dit ; "Franchement, on m'a fait le cathéter, j'ai senti un choc, la moitié de ma force est perdue, pendant presque un mois, après j'ai mis la fistule. La première fois j'avais peur, je n'avais pas confiance" .

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

La maladie de Tahar n'est pas héréditaire, il n'a pas de complications, seulement la fatigue après la séance de dialyse. " Quand je termine, de retours chez moi, je dors comme un tronc d'arbre" ³.

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

Concernant ce volet, Tahar n'a pas fait d'association sur les événements qui l'ont touché. Il n'y a rien d'apparent en lui.

¹ Mi kheddmegh blissigh g tayets et le genou au chantier à Alger, j'avais 23 ans

² Ttsedough ar dine ts waniygh oumbaad petit à petit kemmelen

³ im ara fakegh tsawathegh akhame ganegh a mou kerroum

1.2 La santé psychologique

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

Tahar se rappelait une fois, que son père était en colère, il a pris sa valise et partit, puis suivi par son grand-père, qui l'a ramené.

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

Le sommeil de Tahar est perturbé depuis sa mise en hémodialyse, avant son état, il dormait bien, il avait un sommeil réparateur. Il déclare "Je ne dors pas, avant, je dors comme un bébé" .

Tahar ne fait pas beaucoup de rêves, mais souvent il rêve d'aller à la fontaine pour boire de l'eau qu'il qualifie de bonne qualité, cela renvoie à une réalisation d'un désir qui ne peut s'accomplir de façon suffisante dans la réalité compte tenu du régime alimentaire imposé par le traitement par l'hémodialyse. Et étant petit, il rêvait d'être poursuivi par quelqu'un, et qu'il fuyait mais ne trouve pas où se cacher. Il s'agit de rêves d'une allure persécutrice, on peut aussi les qualifier de rêves crus qui en général, selon P. Marty « Semblent exposer une image de l'inconscient refoulé du sujet et qui ne sont pas rares chez les malades somatiques mal mentalisés » (P. Marty,1984, P 1150-1152).

- **Expression, souvenirs et projets d'avenir du patient**

Tahar s'exprime avec émotions en utilisant un langage très simple et directe, quelques fois on observe des petits moments de silence, se rapportant à des situations difficiles. Ses souvenirs se rapportent beaucoup à son enfance et sa jeunesse qu'il qualifie de période rude de sa vie. Il dit "J'ai souffert, j'ai commencé à travailler à l'âge de 16 à 17 ans" . Pour ses projets d'avenir, il a le projet de greffe d'un donneur cadavérique en France, il dit : " Je souhaite partir en France pour faire une greffe, car chez nous on n'a pas accès à la greffe" .¹

1.3 Les caractéristiques de la relation d'objet et vie sexuelle

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

La relation de Tahar avec sa famille est réticente caractérisée par un manque de communication sauf avec sa petite famille. Car généralement, il s'isole et cette

¹ ts mennigh ad griffigh vghigh ad rouhegh ar frança dayi on n'a pas accès à la greffe.

situation est due à son état dépressif. Il dit ; " Je me retire un peu, comme je me fatigue, je me retire " .

- **Nature de la relation affective avec le conjoint**

En étant hémodialysé sa relation avec sa femme est plus affective qu'avant, elle est à ses côtés, témoignant d'un rapprochement et d'un soutien moral plus fort, il dit ; " Elle est plus affective après la dialyse " .

- **Nature et caractéristiques de la relation sexuelle avec le conjoint**

Le désir sexuel de Tahar est normal. En lui demandant est-ce qu'il a un désir sexuel envers sa femme, sa réponse est affirmative et immédiate. "Bien sûr " . Pour ses rapports sexuels, il affirme qu'ils ne sont pas très fréquents et sont caractérisés par des hauts et des bas, il évoque une certaine gêne à cause de son bébé qui partage avec eux la même chambre et même de sa situation de malade en le conduisant à dormir seule. Il dit ; "Temps en temps, dès fois c'est le haut dès fois c'est le bas, on a un bébé, on est gênés, comme je suis malade, on ne dort pas ensemble, je dors seul pour ne pas gêner le petit " . En ce qui est de leur satisfaction sexuelle, elle est parfois normale, parfois c'est non. Il évoque aussi une grande différence par rapport à son état avant sa maladie en soulignant ; "ah, bien sûr, une grande différence " .

Conclusion de l'entretien

En étant hémodialysé sa relation avec sa femme est plus affective qu'avant, elle est à ses côtés, témoignant d'un rapprochement et d'un soutien moral plus fort.

Le désir sexuel de Tahar est normal. En lui demandant est-ce qu'il a un désir sexuel envers sa femme, sa réponse est affirmative et immédiate ; "Bien sûr " . Pour ses rapports sexuels, il affirme qu'ils ne sont pas très fréquents et sont caractérisés par des hauts et des bas, il évoque une certaine gêne à cause de son bébé qui partage avec eux la même chambre et même de sa situation de malade qui le conduit à dormir seule. En ce qui est de leur satisfaction sexuelle, elle est parfois normale, parfois c'est non. Il évoque aussi une grande différence par rapport à son état avant sa maladie.

2-Analyse du test TAT

Planche1

.10ⁿⁿ un garçon negh une fille ce petit est entré dans le rêve, il réfléchit sur le violon, il imagine quelque chose...c'est tout 1'3ⁿⁿ

Les procédés :

Hésitations entre interprétations A2 (6) ; Accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17) ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP1 ; Motif des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, interpersonnels, placage CP4

Lisibilité : Type 1 (+)

Problématique : La problématique de la situation d'imaturité fonctionnelle devant l'objet d'adulte est perçue et élaborée par le recours aux procédés de conflictualisation intra-personnelle.

Planche 2

.....25ⁿⁿ ceux-là, c'est des sillons nagh a monsieur (s'adressant au psy) zerregh a fellah qui laboure le champ....avec une dame qui regarde....regarde ce que fait le laboureur....c'est tout 1'10ⁿⁿ

Les procédés : Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; Demandes faites au clinicien CC (2) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1) ; Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1) ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, interpersonnels, placages CP (4)

Lisibilité : Type 2 (±)

Problématique : La problématique de triangulation œdipienne est perçue et peu élaborée par recours aux procédés d'évitement du conflit.

Planche 3 BM

.9ⁿⁿ Quelqu'un de malade ikkim à terre i senned afousiss quelqu'un de malade itsvine

Parce qu'il a une bosse au dos...c'est tout. 1'

Les procédés :

Anonymat des personnages CP (3) ; Perception d'objets morcelés (et ou d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés) Fabulation hors image E (6) ; Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; Remâchage, rumination, A2(8) ; Perception d'objets morcelés (et/ ou d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés) Fabulation hors image E(6) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1) ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, interpersonnels, placage CP (4).

Lisibilité : Type 2 (±)

Problématique : La problématique dépressive suggérée par cette planche est perçue mais non élaborée par l'introduction des procédés des processus primaires.

Planche 4

.4th je vois dayi deux acteurs de cinéma, anciens, je ne vois pas... c'est Maryline
Monro. je ne vois pas de qui il s'agit cette actrice...c'est une séquence d'un film...une
image d'un film, c'est tout 1'5th

Les procédés : Idéalisation de l'objet (Valence positive) (CM 2+) ; Eloignement temporo-spatial A2 (4) ; Critiques de soi CN (9) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit (CP 1) ; Idéalisation de l'objet (valence positive) CM (2+) ; Remachage, rumination A2 (8) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récits CP (1).

Lisibilité : Type 2 (±)

Problématique : La problématique conflictuelle du couple est perçue mais pas élaborée par l'introduction des procédés d'évitement du conflit.

Planche 5

.8th une dame t tseddou a tschemar la chambre a tszer dachou, je ne sais pas....une
dame de maison....daya 1'3th

Les procédés : Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; Critiques de soi CN (9) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1) ; Identifications souples et diffusées B1 (3) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1) ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance impersonnels, placage CP (4).

Lisibilité : Type 2 (±)

Problématique : Le patient a perçu la problématique en évoquant l'image surmoïque mais n'est pas développée par le recours du patient aux procédés d'évitement

Planche 6BM

.....8^h wayi c'est une séquence n lehhzen les personnages aki ils sont figés chghoule esseane un décès.....c'est tout 30^h

Les procédés : Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non réactionnel) CN (1) ; Accent mis sur les qualités sensorielles CN (5) ; Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés B2 (4) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1) ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP (4).

Lisibilité : Type 2 (±)

Problématique : La problématique de la relation mère fils est perçue mais non développée par le recours de Tahar d'abord à l'anonymat des personnages puis à des procédés d'évitement du conflit.

Planche 7BM

.....21^h dayi tsoualigh un parent, un père et son fils, ils sont proches.....c'est tout 1'5^h

Les procédés :

Identifications souples et diffusées B1 (3) ; Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non réactionnel) CN (1) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récits CP (1) ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP (4).

Lisibilité : Type 2 (±)

Problématique : La problématique père fils est perçue mais n'est pas traitée par le recours de Tahar aux procédés d'évitement du conflit.

Planche 8BM

.....17^è elle est un peu complexe, cette photo...ivane ce personnage quelqu'un d'un corps médicale i tskhemmime fellasse as yekhdem l'opération, Ça c'est une fusée, tsamekhhelt....ihe chghoule quelqu'un blessé itshouffou assyekkess la balle...c'est tout 2'6^è

Les procédés : Critiques du matériel et/ ou de la situation CC (3) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récits CP (1) ; Idéalisation de l'objet (valence positive) CM (2+) ; Accent porté sur les conflits intra-personnels A2 (17) ; Eléments de type formation réactionnelle (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.) A2 (10) ; Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; Remâchage, rumination A2 (8) ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP (1) ; Remâchage, rumination A2 (8) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1).

Lisibilité : Type 1 (+)

Problématique : La problématique de l'agressivité à la quelle renvoie la planche est perçue et élaborée par l'introduction des procédés d'étayage de l'objet ainsi que les procédés de conflictualisation intra personnelles de types fonction réactionnelle.

Planche 10

...5^è wayi chghoule quelqu'un qui donne l'affection à son proche....sa femmec'est tout 1'5^è

Les procédés : Anonymat des personnages CP (3), Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ ou symbolisme transparent B2 (9), Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1), Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1), Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP (4).

Lisibilité : Type 1 (+)

Problématique : La problématique de l'expression libidinale et la relation duelle est perçue et élaborée.

Planche 11

.....21[°] pas vraiment claire, je vois la dinde d achoutse tayi.....d aki la forêt....c'est tout
1'6[°]

Les procédés : Critique du matériel et/ ou de la situation CC (3) ; Fausses perceptions E (4) ; Tli long et/ou silences importants intra-récit CP (1) ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP (4).

Lisibilité : Type 3 (-)

Problématique : La problématique archaïque à la quelle renvoie cette planche n'est ni perçue ni élaborée par l'introduction des procédés en processus primaires.

Planche 12 BG

....4[°] daki c'est un marécage, je vois une barque.....amek aguedinigh un oued par exemple, une rivière.....une petite forêt.....daya 50[°]

Les procédés :

Perception d'objets morcelés (et/ ou d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés) Fabulation hors image E (6) ; Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1) ; Remâchage, rumination A2(8) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP(1) ;Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP(1) .

Lisibilité : Type 2 (±)

Problématique : La problématique dépressive suggérée par la planche est perçue mais n'est pas développée par le recours aux procédés d'évitement

Planche 13 B

.10[°] dayits walagh un petit garçon ikkim....d akhkham n zik, une vieille maison.....itskhemmime daya....en plus, il n'a pas de souliers, ouryessa ara es sebbat....c'est tout 1'

Les procédés : Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1) ; Idéalisation de l'objet (valence négative) CM (2-) ; Remâchage, rumination A2(8) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP(1) ; Accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP(1) ; Accrochage au contenu manifeste CF(1) ; Remâchage, rumination A2(8) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP(1).

Lisibilité : Type 1 (+)

Problématique : La problématique dépressive est perçue et élaborée par l'introduction des procédés de contrôle.

Planche 13MF

..29^o quelqu'un de malade, ikkim ghousse.. ...i azzar ghousse tehlek ikkim ghousse ivaneyettef a kerrouyiss....c'est tout 2'

Les procédés :

Anonymat des personnages CP1 (3) ; Eléments de type formation réactionnelle (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.) A2(10) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1) ; Remâchage, rumination A2(8) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1) ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP (4).

Lisibilité : Type 1 (+)

Problématique : La problématique de la sexualité de la planche est perçue et est élaborée par l'introduction des procédés de contrôle.

Planche 19

.9^o tayik c'est un dessin....dachou ar ag dinigh....c'est un dessin...un art daya 1'3^o

Les procédés : Affect-titre CN (3) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récits CP (1) ; Demandes faites au clinicien CC (2) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1) ; Remâchage, rumination A2(8) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1).

Lisibilité : Type 2 (±)

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

Planche 16

..3^o une feuille blanche, une feuille blanche...achou ad ninitelaebde comme un bébé c'est tout. 25^o

Les procédés : Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; Remâchage, rumination A2(8) ; Tli long et/ ou silences importants intra-récit CP (1) ; Exclamations, commentaires digressions, références/ appréciations personnelles B2(8) ; Motifs de conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP (4).

Lisibilité : Type 2 (±)**Problématique :**

La problématique de la structuration des objets privilégiés en relation avec le patient est perçue mais non élaborée par le recours aux procédés d'évitement du conflit

2.1 Les mécanismes de défense à partir du TAT

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

Le patient a traité la plupart des planches du TAT, mais on note le recours de Tahar aux procédés d'évitement du conflit et au silence important intra-récits (cp-1)

- **Les procédés utilisés**

On note la présence de toutes les séries de la feuille de dépouillement, à savoir la dominance de la série C, d'évitement de conflit, en première position, en deuxième position on rencontre la série A de contrôle suivie par la série B labile en troisième position, et enfin la série E d'émergence en processus primaires.

On remarque la dominance des mécanismes d'évitement du conflit avec un pourcentage de 75% dont on souligne la présence des procédés phobiques par les silences intra-récits avec la tendance générale à la restriction.

Le registre de la rigidité est en deuxième position avec 15,21%, dans la troisième position, on trouve la présence des procédés de type labiles représentés par 4,43%, puis les procédés d'émergence en processus primaires avec un pourcentage de 4,34%.

2.2. La lisibilité : Type 2 (\pm)

2.3. Les problématiques globales

a. la problématique œdipienne

Dans la planche 1, Tahar a perçu la problématique de l'immaturation fonctionnelle devant un objet d'adulte, chose qui a permis son traitement. Pour les planches 2 et 4, la problématique de la triangulation œdipienne est perçue. À propos de la planche 4, elle n'est pas traitée par recours aux procédés d'évitement de conflits, quant à la planche 2, elle est élaborée car Tahar a situé la différence des sexes et le rapproché duel.

A la planche 6BM de la relation mère /fils, elle est perçue mais non traitée par le recours de Tahar d'abord à l'anonymat des personnages puis le placage. De même pour la planche 7BM la problématique est perçue mais n'est pas développée en raison de recours du patient aux procédés d'évitement de conflit. A la 8BM la problématique de l'agressivité est perçue et élaborée. Par contre la planche 10 libidinale et la relation duelle, elle est perçue et élaborée. A la planche de la sexualité 13MF la problématique est perçue et traitée.

b. La problématique dépressive

La problématique dépressive est perçue dans les planches 3BM, 13B et 12BG. Quant à son élaboration on l'observe dans les planches 3BM et 13B. Par contre à la planche 12BG la problématique dépressive n'est pas élaborée par le recours aux procédés d'évitement.

c. La problématique prégénitale archaïque

La problématique de la planche 11 n'est pas perçue ni élaborée par le recours aux procédés d'émergence en processus primaires, la planche 19 est perçue mais n'est pas traitée par le recours au procédé d'évitement du conflit de type silence intra-récit. A la planche 16 on note la tendance à la restriction puis au placage.

Conclusion des données TAT

L'analyse de protocole, nous démontre que Tahar utilise en première position les mécanismes d'évitement de conflit, dont les procédés phobiques qui sont présents avec un pourcentage élevé, en deuxième position on trouve les procédés de contrôle, et en troisième position les procédés labiles, la dernière position est réservée aux procédés d'émergences en

processus primaires, on note que la plupart des problématiques sont perçues exceptée la planche 11 qui n'est pas perçue ni élaborée.

Donc à partir du protocole TAT la vie sexuelle de Tahar est déséquilibrée pour les motifs suivants : l'évitement de l'investissement relationnel avec le recours au registre B. Aussi l'absence de la vie pulsionnelle libidinale. Et l'absence d'expression verbalisée. Par contre les données de l'entretien démontrent que Tahar affirme que les rapports ne sont pas très fréquents et sont caractérisés par des hauts et des bas et qui oscillent selon les moments.

Les résultats de l'entretien ne se contredisent pas avec les données de l'analyse du TAT, Puisque on constate que l'activité sexuelle se caractérise par l'irrégularité qui est en lien avec le fonctionnement mental de Tahar qui se caractérise aussi par cette irrégularité, donc au moment de la passation du test TAT, Tahar fonctionnait avec le mauvais volet.

En résultat, les données de l'entretien concordent avec celles de l'analyse du TAT, et sa sexualité est plus ou moins équilibrée.

Le tableau n°3 représente l'évaluation quantitative des procédés présents du cas Tahar

A	B	C					E
		P	N	M	C	F	
A2(6) =1	B1(3) =2	CP1=33	CN1=2	CM2+=3	CC2=2	CF1=9	E4=1
A2(8) =10	B2(4) =1	CP3=3	CN3=1	CM2=-1	CC3=2		E6=3
A2(17) =3	B2(8) =1	CP4=10	CN5=1				
	B2(9) =1		CN9=2				
ΣA=14	ΣB=5	ΣCP=46	ΣCN=6	ΣCM=4	ΣCC=4	ΣCF=9	ΣE=4
15,21%	4,43%	ΣC=69					4,34 %
							75%
							Σ=92
							100%

Résumé du cas

En étant hémodialysé sa relation avec sa femme est plus affective qu'avant, elle est à ses côtés, témoignant d'un rapprochement et d'un soutien moral plus fort.

Le désir sexuel de Tahar est normal. En lui demandant est-ce qu'il a un désir sexuel envers sa femme, sa réponse est affirmative et immédiate. "Bien sûr". Pour ses rapports sexuels, il affirme qu'ils ne sont pas très fréquents et sont caractérisés par des hauts et des bas, il évoque une certaine gêne à cause de son bébé qui partage avec eux la même chambre et même de sa situation de malade qui le conduit à dormir seule. En ce qui est de leur satisfaction sexuelle, elle est parfois normale, parfois c'est non. Il évoque aussi une grande différence par rapport à son état avant sa maladie.

L'analyse de protocole, nous démontre que Tahar utilise en première position les mécanismes d'évitement de conflit, dont les procédés phobiques qui sont présents avec un pourcentage élevé, en deuxième position on trouve les procédés de contrôle, et en troisième position les procédés labiles, la dernière position est réservée aux procédés d'émergences en processus primaires, on note que la plupart des problématiques sont perçues excepté la planche 11 qui n'est pas perçue ni élaborée.

Donc à partir du protocole TAT la vie sexuelle de Tahar est déséquilibrée pour les motifs suivants : l'évitement de l'investissement relationnel avec le recours au registre B. Aussi l'absence la vie pulsionnelle libidinale. Et l'absence d'expression verbalisée. Par contre les données de l'entretien démontrent que Tahar affirme que les rapports ne sont pas très fréquents et sont caractérisés par des hauts et des bas et qui oscillent selon les moments.

Les résultats de l'entretien ne se contredisent pas avec les données de l'analyse du TAT, puisque on constate que l'activité sexuelle se caractérise par l'irrégularité qui est en lien avec le fonctionnement mental de Tahar qui se caractérise aussi par cette irrégularité, donc au moment de la passation du test TAT, Tahar fonctionnait avec le mauvais volet.

En résultat, les données de l'entretien concordent avec celles de l'analyse du TAT, et sa sexualité est plus ou moins équilibrée.

Cas de Bachir

Bachir est un patient âgé de 41 ans, nouveau marié, de constitution physique assez bonne et de taille moyenne. Il est l'aîné de la famille, ayant un niveau d'instruction universitaire, bac plus 3ans, son activité est le commerce et est en hémodialyse depuis un an.

1. Analyse de l'entretien

1.1 La santé physique antérieure et actuelle

- **Santé antérieure et actuelle**

En étant jeune Bachir se portait bien, il évoque avoir eu quelques douleurs d'estomac et maux de tête.

Agé de 31 ans, il a été percuté par une voiture et ayant reçu un coup à la tête, pour cela, il était mis en observation pendant deux jours à l'hôpital avec l'exploration par le scanner, il n'a rien été signalé. En 2009, il a eu une crise des reins (douleurs sévères) et de nouveau il a refait le scanner, là le constat a fait l'état de présence de taches de sang dans ses reins témoignant d'une ancienne blessure. Après des soins et drainage des cailloux de sang de ses reins, son état est redevenu normal. Ayant contracté le problème de tension artérielle HTA, difficile à gérer, ses reins sont devenus malades et leur état s'est dégradé. Il déclare ; "J'ai été pris par une crise des reins, j'ai fait un scanner, ils ont trouvé que j'ai du sang coagulé dans mes reins, après, j'ai bien soigné, mais avec la tension mon état s'est dégradé jusqu'à ce que je suive arriver à ce stade" ¹

En 2010, il a eu une diminution du taux de créatinine, qu'il a soigné pendant trois mois, il dit ; "En 2010, j'ai eu un problème des reins, on m'avait dit qu'ils ne fonctionnent pas bien, On m'avait donné des médicaments et j'ai soigné durant trois mois" ²

¹ thettfiyi la crise n les reins, dina khedmegh le scanner, oufane esseigh idamen kouren dakhel les reins ynou, oumbaad esouwanygh mlihe la maena wahid d la tension elhala ynou thkemmelm almi iwtegh arwanechthayi.

² En 2010, esseigh un problème des reins ennanyideourkheddemen ara mlih, efkanyideeddwaessouwanyghetelchhour.

En 2016, l'état de ses reins s'est aggravé au stade chronique avec nécessité de soins par l'hémodialyse.

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

Sa maladie n'est pas héréditaire, mais depuis sa maladie, il a eu la complication par HTA, et même quelques problèmes durant les séances d'hémodialyse, telles que, les crampes, douleurs au niveau des jambes et chutes de tension.

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

Pour ce point, il est à signaler le choc reçu durant son accident ainsi que ses séquelles et sa maladie difficile à digérer. Il déclare ; "Une maladie comme celle-là, l'homme n'accepte pas" ¹

1.2 La santé psychologique

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

Bachir reconnaît l'existence d'événements marquants dans sa vie surtout ceux difficiles, mais refuse de donner les détails, c'est une forme de résistance contre les situations insupportables refoulées, en déclarant ; " Il n'y a pas un être qui n'a pas ça, mais c'est chose personnelle comme je vois" ², par contre, il évoque ses meilleurs moments, telles que sa réussite au BAC et ses études supérieures.

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

Bachir souffre de perturbations du sommeil, en disant : "À part le jour de la dialyse, je dors avec perturbations" ³. Ne fait pas de rêves, mais des cauchemars. Il dit ; "Non, j'ai des fois des cauchemars, si je ne prends pas un médicament, je me retrouve en train de me bagarrer avec n'importe qui. En me réveillant je trouve ma tension élevée" ³. On constate que l'agressivité exprimée dans le rêve, se décharge dans le corps par l'hypertension.

¹ Une maladie amethayi, l'homme n'accepte pas

² oulache el abdouryessine ara anechtayi , mais, c'est choses personnelles akenzerregh

³ Non, j'ai des fois des cauchemars ma yellaouddimegh ara un médicament, je me retrouve, bagarre avec n'importe qui. En me réveillant, tsafegh la tension ynouthouli

- **Expression, souvenirs et projets d'avenir du patient**

Bachir s'exprime bien avec un enchaînement des événements de sa vie bien structurée excepté son refus de parler sur ses souvenirs difficiles. Pour les projets à avenir, il est très ambitieux, compte réaliser des projets avec ses frères avoir des enfants, il dit " en tant que diplômé en électrotechnique, je souhaite faire des projets avec mes frères, même ouvrir des boutiques, un garage de ferronnerie, avoir des enfants, on se marie pour ça ". En ce qui concerne la greffe rénale, il l'a souhaitée, mais pour un rein d'un mort. Dans ce contexte, il critique et accuse notre société et fait une comparaison avec la France qui selon lui facilite l'acquisition d'un rein d'un donneur cadavérique pour la greffe. En disant : "Sur des cadavres d'accord, mais un rein d'un proche que je connais c'est non, la France nous a ouvert les portes, c'est un soulagement important, dans notre pays, chez nous, on est méprisés. En France, on peut trouver un rein, il faut seulement de l'argent ".

1.3 Les caractéristiques de la relation d'objet et vie sexuelle

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

Bachir jouit d'une très bonne relation avec son entourage notamment sa famille et proches, il est bien respecté. Il en est de même avec le milieu hospitalier et pour ses soins, cela le comble et le stimule pour l'avenir. Il dit : " Tout le monde m'appelle cher monsieur, le respect est mutuel et total, pour les amis, on ne peut pas avoir un seul comportement avec tout le monde, ici pour le moment aucun problème ".

- **Nature de la relation affective avec le conjoint**

La relation est très bonne d'ailleurs, il déclare l'avoir connue depuis dix-neuf ans et dernièrement se sont mariés. " Ma relation est très bonne, c'est une personne que je connaissais depuis dix-neuf ans ".

- **Nature et caractéristiques de la relation sexuelle avec le conjoint**

Bachir a une relation sexuelle normale avec sa femme, il a un désir normal et déclare que son couple est satisfait de cette relation, néanmoins pour les rapports sexuels ; ils sont minimisés, malgré qu'il soit un nouveau marié et cela pour lui est dû aux risques de la HTA. On remarque ici qu'il a une certaine diminution par rapport à

la normale qu'on retrouve chez un nouveau marié. " Les rapports, oui. Pour le moment c'est bien, mais avec la tension, je minimise " .

Conclusion de l'entretien

Bachir a une bonne relation avec sa femme, il souligne que sa relation sexuelle est normale avec sa femme, il a un désir normal et déclare que son couple est satisfait de cette relation, néanmoins pour les rapports sexuels ; ils sont minimisés, malgré qu'il soit un nouveau marié depuis 1 mois, et cela pour lui est dû aux risques de l'HTA.

2. Analyse du test TAT

Planche 1

.10th Dayiakchiche n'l djamae, à l'école iguene, c'est dû à la mal nutrition et manque de sommeil, c'est tout 50th

Procédés : Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; Insistance sur le repérage des limites et des contours CN (6) ; Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet CM (1) ; Motifs des conflits non précises récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP (4) ; Scotomes d'objets manifestes(E1) ; Perception de détails rares et /ou bizarres(E2).

Lisibilités : Type 3 (-)

Problématique : La problématique de la situation d'immaturation fonctionnelle devant l'objet d'adulte n'est pas perçue par le patient, chose qui a empêché son élaboration.

Planche 2

39th je vois son sens, une femme civilisée, une femme montagnard, wihin na iherreth ikheddem thafellahth, zerregh cette femme qui l'aide fatiguée, je vois la fatigue de la femme montagnarde.... Je fais la comparaison 1'5th

Procédés :

Représentation contrastée. Alternance entre des états émotionnels opposés B2(6) ; Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués) y compris expressions et postures A2(1) ; Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel) CN (1) ; Remâchage, rumination A2(8) ; Silences importants intra-récit CP (1) ;

Scotomes d'objets manifestes(E1) ; Confusion des identités (télescopage des rôles).
E11

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : La problématique de triangulation œdipienne est perçue mais n'est pas traitée à cause du recours de Bachir aux procédés phobiques citant l'anonymat des personnages

Planche 3 BM

.9^h akka normalement tayi c'est une femme ? c'est comme une femme th n e etsave fatiguée zerreghts une femme th n etsave... (il soupire) 1'30^h

Procédés : Critiques du matériel et/ou de la situation CC (3) ; Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel) CN (1) ; Silences importants intra-récit CP (1) ; Agitation motrice, mimiques et/ou expressions corporelles CC (1).

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : La problématique dépressive suggérée par cette planche est perçue mais non élaborée, la, où le patient s'est accroché au contenu manifeste de la planche avec des procédés narcissiques tels que l'éprouvé subjectif.

Planche 4

.....19^h on peut dire ssnath l houwayedj , soit une femme thesefkaeargazissnetsan il l'ignore soit thessea un désir arghouress ne tsa ,il n'est pas prêt 1'35^h

Procédés :

Précisions chiffrées A2(5) ; Exclamations, commentaires, digressions, références/appréciations personnelles, B2(8) ; Représentation contrastée. Alternance entre des états émotionnels opposés B2(6) ; Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent B2(9) ; remâchage, rumination A2(8) ; Scotomes d'objets manifestes (E1).

Lisibilités : Type 1 (+)

Problématique : La problématique conflictuelle du couple est perçue et élaborée. Bachir a situé la différence des sexes et la caractéristique relationnelle ainsi que l'approché duel.

Planche 5

.14^{''} je vois une femme qui essaye de rentrer dans une pièce, c'est bon 25^{''} .

Procédés :

Accrochage au contenu manifeste CF (1); Motifs des conflits non précis, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP (4).

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : Le patient a perçu la problématique en évoquant l'image surmoïque (la mère), mais il n'a pas traité la planche et n'a pas développé l'histoire.

Planche 6 BM

20^{''} dayi un jeune homme et sa mère e tsvanened en désaccord 40^{''}

Procédés : Accrochage au contenu manifeste CF (1); Représentation contrastée. Alternance entre des états émotionnels opposés B2(6); Motifs des conflits non précises, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP (4).

Lisibilités : Type (2±)

Problématique : La problématique de la relation mère/fils est perçue, par le patient, mais peu élaborée à cause de son recours aux mécanismes d'évitement du conflit tel que le placage.

Planche 7 BM

.....17^{''} thoura on ne peut pas juger est ce que c'est son fils ... mais deux hommes qui s'entendent 1'

Procédés : Critiques de soi CN (9) ; Tli long et /silences importants intra-récit CP (1) ; Exclamations, commentaires, digressions, références/appréciations personnelles B2(8) ; Motifs des conflits non précises, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP (4).

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : La problématique est perçue et peu élaborée malgré que le patient ait signalé l'accord des deux personnages, seulement il a fait recours aux mécanismes d'évitement du conflit.

Planche 8 BM

.14ⁿⁿ une révolte populaire..... c'est tout 35ⁿⁿ

Procédés : Affect-titre CN (3) ; Tli long et /silences importants intra-récit CP (1) ; Motifs des conflits non précises, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP (4) ; Scotomes d'objets manifestes (E1).

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : La problématique de l'agressivité à laquelle renvoie la planche est perçue, mais n'est pas élaborée à cause du silence intra récit.

Planche 10

.43ⁿⁿ une rencontre chaleureuse... izmer l'hal après une absence durable c'est-à-dire qui a duré... 1'3ⁿⁿ

Procédés : Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent B2(9) ; Tli long et /silences importants intra-récit CP (1) ; remâchage, rumination A2(8).

Lisibilités : Type 1 (+)

Problématique : La problématique de l'expression libidinale et la relation duelle a été perçue et élaborée.

Planche 11

.16^{''} dayi ousseigh ara la vision, une zone forestière choughel n'l ghava dayen
25^{''}

Procédés : Critiques de soi CN (9) ; affect-titre CN (3) ; remâchage, rumination A2(8) ; Motifs des conflits non précises, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP (4).

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : La problématique archaïque à laquelle renvoie la planche est perçue mais non élaborée par le recours de Bachir au placage.

Planche 12 BG

.16^{''} c'est une zone forestière thetsvanned ezzath ennahr thessaa ighzer 32^{''} .

Procédés : Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; Motifs des conflits non précises, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP (4).

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : La problématique dépressive suggérée par cette planche est perçue mais pas élaborée en évitant de se maintenir dans la continuité de l'interprétation de la planche.

Planche 13 B

.23^{''} un enfant montagnard délaissé de ses droits...35^{''}

Procédés : Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet CM (1) ; Motifs des conflits non précises, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages CP (4).

Lisibilités : Type 1 (+)

Problématique : La problématique dépressive est perçue et élaborée par l'évolution des procédés antidépressifs.

Planche 13 MF

21[^]apparemment dayi netsa ouryekkiss ara l kechchiss, dayi ezzaregh un homme, il n'a pas envie de faire une relation sexuelle 1'4[^]

Procédés : précautions verbales A2(3) ; Accrochage au contenu manifeste CF (1) ; Représentation contrastées, alternance entre des états émotionnels opposés B2(6).

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : La problématique de la sexualité de la planche est perçue, mais n'est pas élaborée à cause de l'attachement au contenu manifeste.

Planche 19

.20[^] d amkane nessehraa ourivane ara.....d'adfell...ourivane ara... ad nini une vie primitive. 1'

Procédés :

Tli Long et /silences importants intra-récit CP (1) ; Hésitations entre interprétations différentes A2(6) ; Affect-titre CN (3).

Lisibilités : Type 2 (±)

Problématique : La problématique prégénitale est perçue, mais n'est pas développée en faisant recours aux procédés narcissiques.

Planche 16

.15[^] ayen igue khoussen gue ledzayer c'est l'esprit humain wahid d l'éducation... parmi les principes ilaken fe labde aneyessekhdem di ddounnith le pardon, la tolérance, le sacrifice, la confiance. 2'

Procédés : Exclamations, commentaires, digressions, références/appréciations personnelles B2(8) ; Tli long et /silences importants intra-récit CP (1) ; Éléments de type formation réactionnelle (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.) A2(10).

Lisibilités : Type 3 (-)

Problématique : La problématique de la structuration des objets privilégiés en relation avec le patient n'est pas élaborée, car ces objets n'ont pas été cités à cause du recours de Bachir aux procédés de contrôle de type formation réactionnelle.

2.1 Les mécanismes de défenses à partir de TAT

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

Le patient a traité la plupart des planches du TAT, avec restriction. Mais on note qu'il a avancé beaucoup les procédés de silence important intra-récit (CP-1)

- **Les procédés utilisés**

Toutes les séries de la feuille de dépouillement sont présentes, à savoir la prégnance de la série C, d'évitement du conflit, en première position, en deuxième position on trouve la série B de labilité, en troisième position on trouve les procédés de contrôle de la série A et en dernier ceux de la série E d'émergence en processus primaires.

On remarque la dominance des mécanismes d'évitement du conflit avec un pourcentage de 57%, dont on souligne la présence des procédés phobiques, par le temps de latence initial long et /ou silences important intra-récit, avec la tendance générale à la restriction.

Le registre de la labilité est en deuxième position avec 17,24%, dans la troisième position, on trouve la présence des procédés de type contrôle, et les procédés d'émergences des processus primaires avec un pourcentage de 10,34%.

2.2. La lisibilité : Type 2 (\pm)

2.3. Les problématiques globales

a. La problématique œdipienne

Pour la planche 1, Bachir n'a pas perçu la problématique de l'immaturité fonctionnelle devant un objet d'adulte chose qui a empêché son élaboration, pour les planches 2 et 4, la problématique de la triangulation œdipienne est perçue, concernant la planche 2 celle-là n'est pas traitée en raison de recours du patient aux procédés phobiques, quant à la planche 4, elle est élaborée car il a situé la différence des sexes, la caractéristique relationnelle et l'approché duel.

À la planche 6BM la relation mère /fils est perçue mais peu élaborée à cause du recours de Bachir aux mécanismes d'évitement du conflit, idem pour la planche 7BM la problématique est perçue et peu élaborée en raison de son recours aux mécanismes d'évitement de conflit. À la planche 8BM la problématique de l'agressivité est perçue, mais n'est pas traitée par le recours du patient aux silence intra-récit. Par contre à la planche 10 libidinale, elle est perçue et traitée dans une relation duelle. À la planche 13MF, il a perçu la relation libidinale mais ne l'a pas élaborée par l'accrochage au contenu manifeste.

b. La problématique dépressive

La problématique dépressive est perçue dans les planches 3BM mais non traitée, à la planche 13B elle est perçue et élaborée, dans la 12BG la problématique dépressive est perçue mais pas élaborée en évitant de se maintenir dans sa continuité d'interprétation de la planche.

c. La problématique prégénitale archaïque

La problématique de la planche 11 est perçue mais pas élaborée par le recours de Bachir au placage, la planche 19 est perçue mais n'a pas été développée en faisant recours aux procédés narcissiques.

Dans la planche 16 on note la tendance à la restriction puis le recours aux procédés de contrôle citant la formation réactionnelle et le recours au sens commun.

Conclusion des données du TAT

L'analyse de protocole, nous montre que Bachir, mobilise en première position les mécanismes d'évitement du conflit, dont les procédés phobiques qui sont présents avec un taux élevé, en deuxième position on trouve les procédés de labilité, et en troisième position les procédés de contrôle, la dernière position est occupée par les procédés d'émergence des processus primaires. On note que la plupart des problématiques sont perçues mais peu élaborées et traitées.

Donc à partir du protocole TAT Bachir a investi le côté relationnel, sa sexualité est peu déséquilibrée pour les motifs suivants : Représentations contrastées. Alternance entre des états

émotionnels opposés. Appréciations personnelles. Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et /ou symbolisme transparent.

En résultat, les données de l’entretien concordent avec celles de l’analyse du TAT.

Le tableau n°4 représente l’évaluation quantitative des procédés présents du cas Bachir

A	B	C					E
		P	N	M	C	F	
A2(1) =1	B2(6) =5	CP1=6	CN1=2	CM1=2	CC1=1	CF1=6	E1=3
A2(3) =1	B2(8) =3	CP4=9	CN3=3		CC3=1		E2=2
A2(5) =1	B2(9) =2		CN6=1				E11=1
A2(6) =1			CN9=2				
A2(8) =4							
A2(10) =1							
$\Sigma A=9$	$\Sigma B=10$	$\Sigma CP=15$	$\Sigma CN=8$	$\Sigma CM=2$	$\Sigma CC=2$	$\Sigma CF=6$	$\Sigma E=6$
15, 51	17,24	$\Sigma C=33$					10,34%
							57%
							$\Sigma=58$
							100%

Résumé du cas

Bachir a une bonne relation avec sa femme, il souligne que sa relation sexuelle est normale avec sa femme, il a un désir normal et déclare que son couple est satisfait de cette relation, néanmoins pour les rapports sexuels, ils sont minimisés, malgré qu’il soit un nouveau marié depuis 1 mois, et cela pour lui est dû aux risques de l’HTA.

L’analyse de protocole TAT, nous montre que Bachir, mobilise en première position les mécanismes d’évitement du conflit, dont les procédés phobiques qui sont présents avec un taux élevé, en deuxième position on trouve les procédés de labilité, et en troisième position les procédés de contrôle, la dernière position est occupée par les

procédés d'émergence des processus primaires. On note que la plupart des problématiques sont perçues mais peu élaborées et traitées.

Donc à partir du protocole TAT Bachir a investi le côté relationnel, sa sexualité est peu déséquilibrée pour les motifs suivants : représentations contrastées. Alternance entre des états émotionnels opposés. Appréciations personnelles. Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et /ou symbolisme transparent.

En résultat, les données de l'entretien concordent avec celles de l'analyse du TAT.

Chapitre VII

Discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses

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

➤ La première Hypothèse

Le trouble de la fonction sexuelle chez les hémodialysés est une réalité démontrée par la clinique, seulement sa nature diffère d'un individu à l'autre, certains évoquent des moments de non envie qui sont très souvent liés à d'autres troubles tels que le diabète et le HTA, certains à une sensibilité particulièrement excessive, surtout lors des préliminaires et juste aux moment de l'accomplissement du rapport sexuel rendant ce dernier presque impossible à accomplir, d'autres c'est l'impuissance tout court. Chez d'autres cas qui sont rares, la sexualité est équilibrée et stable.

Effectivement nos quatre cas ont confirmé notre hypothèse, ils souffrent de troubles sexuels à des degrés différents, c'est-à-dire deux cas perturbés et déséquilibrés, un seul plus ou moins équilibré, quant au dernier il est équilibré.

- **Adam** ; après avoir analysé l'entretien de Adam ; Malgré que la relation de Adam avec sa femme est affective et très bonne, en évoquant son grand soutien et son importance dans sa famille, seulement en ce qui concerne son problème sexuel, il déclare accepter la chose, perd tout espoir avec un ton de ne plus avoir envie de faire quelque chose pour changer sa situation, c'est un état de désespoir total renvoyant à une situation dépressive.

- **Samir** ; Après avoir analysé l'entretien ; Samir a une bonne relation affective avec sa femme, concernant sa sexualité, il s'exprime avec effroi, d'un ton de gravité extrême de la chose, il dit qu'il souffre d'un manque très grave dans sa relation sexuelle. Il a perdu les deux caractéristiques vitales qui sont ; l'envie et la puissance sexuelles et cela depuis son début en hémodialyse, il y a deux ans de cela, et nous confiait que c'est la raison pour laquelle il tient à faire cet entretien, pour nous exposer son malaise. En outre, il dit ressentir de la honte et une culpabilité, c'est comme s'il a trahi sa

femme, car ne pourra plus la satisfaire or que sa vie était très bien avant la maladie. En nous demandant de l'aide pour résoudre son problème.

-Tahar ; Après avoir analysé l'entretien ; En étant hémodialysé sa relation avec sa femme est plus affective qu'avant, elle est à ses côtés, témoignant d'un rapprochement et d'un soutien moral plus fort.

Le désir sexuel de Tahar est normal. En lui demandant est-ce qu'il a un désir sexuel envers sa femme, sa réponse est affirmative et immédiate. "Bien sûr". Pour ses rapports sexuels, il affirme qu'ils ne sont pas très fréquents et sont caractérisés par des hauts et des bas, il évoque une certaine gêne à cause de son bébé qui partage avec eux la même chambre et même de sa situation de malade qui le conduit à dormir seul. En ce qui est de leur satisfaction sexuelle, elle est parfois normale, parfois c'est non. Il évoque aussi une grande différence par rapport à son état avant sa maladie.

-Bachir ; après avoir analysé l'entretien ; Bachir a une bonne relation avec sa femme, il souligne que sa relation sexuelle est normale avec sa femme, il a un désir normal et déclare que son couple est satisfait de cette relation, néanmoins pour les rapports sexuels, ils sont minimisés, malgré qu'il soit nouveau marié depuis 1 mois, et cela pour lui est dû aux risques de l'HTA.

➤ La deuxième Hypothèse

A partir du test du TAT, les caractéristiques de la vie sexuelle notamment la relation intime chez les dialysés se dégage par :

✓ **Dans la sexualité équilibrée ;**

-Compromis entre principe de plaisir et le principe de réalité, aller et retour entre les désirs et les défenses, l'intégration sensorielle et la vie pulsionnelle (libidinale et/ou agressive), pour que les sensations soient associées à des représentations intérieures.

Expression verbalisée d'affect fort ou exagéré. Représentations contrastées ; Alternance entre des états émotionnels opposés. Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et /ou symbolisme transparent. Attachement

aux détails narcissiques à valence relationnelle. La variété des procédés utilisés, qui se caractérisent notamment par l'utilisation de la catégorie labile qui nous aident à avancer dans le récit en nouant des relations interpersonnelles dans une dimension œdipienne.

Effectivement nos quatre cas ont confirmé notre deuxième hypothèse, à savoir la concordance entre les données de l'entretien et l'analyse du TAT.

-Bachir ; L'analyse de protocole TAT, nous montre que Bachir, mobilise en première position les mécanismes d'évitement de conflit, dont les procédés phobiques qui sont présents avec un taux élevé, en deuxième position on trouve les procédés de labilité, et en troisième position les procédés de contrôle, la dernière position est occupée par les procédés d'émergence des processus primaires. On note que la plupart des problématiques sont perçues mais peu élaborées et traitées.

Donc à partir du protocole TAT Bachir a investi le côté relationnel, sa sexualité est peu déséquilibrée pour les motifs suivant : Représentations contrastées. Alternance entre des états émotionnels opposés. Appréciations personnelles. Erotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et /ou symbolisme transparent.

En résultat, les données de l'entretien concordent avec celles de l'analyse du TAT.

✓ **Dans la sexualité perturbée ;**

La construction générale de l'histoire n'a aucune résonance fantasmatique. Aussi on souligne le refus de certaines planches donc certaines situations. L'absence des réponses sensorielles et même si elle est abordée reste un affect de circonstance. Manque des mécanismes de défense rigide et labile. L'absence des conflits - notamment interpersonnels- et leurs traitements. Anonymat des personnages.

Suite à la perte de la fonction de la sexualité, le patient présente des difficultés dans le traitement des situations dépressives - les possibilités d'être seules ou non- où leurs refus pour les planches (13B, 3BM, 1).

- **Adam** ; L'analyse de protocole du TAT, nous montre que Adam s'appuie en première position sur les mécanismes d'évitement de conflit, dont les procédés phobiques qui sont présents avec un taux élevé, en deuxième position on trouve les procédés d'émergence en processus primaires et en troisième position les procédés de contrôle, la dernière position est occupée par les procédés labiles. On note que la plupart des problématiques sont perçues mais ne sont pas traitées, excepté les planches 10, 13B, 13MF, 19 qui ne sont ni perçues ni traitées.

Donc à partir du protocole TAT la vie sexuelle de Adam est déséquilibrée pour les motifs suivants : l'évitement de l'investissement relationnel avec le recours au registre B. Aussi l'absence de la vie pulsionnelle libidinale. Et l'absence d'expression verbalisée.

En résultat, les données de l'entretien concordent avec celles de l'analyse du TAT.

- **Samir** ; L'analyse du protocole du TAT, nous montre que Samir mobilise en première position les mécanismes d'évitement du conflit, dont les procédés phobiques qui sont présents avec un taux élevé. En deuxième position les procédés de contrôle et en troisième position des procédés labiles, la dernière position est occupée par les procédés d'émergence en processus primaires. On note que la plupart des problématiques sont perçues et élaborées, excepté les deux refus notés aux planches archaïques 11 et 19. comme on signale qu'aucune des planches n'a été traitée par Samir avec richesse.

Donc à partir du protocole TAT la vie sexuelle de Samir est déséquilibrée pour les motifs suivant : l'évitement de l'investissement relationnel avec le recours au registre B. Aussi l'absence de la vie pulsionnelle libidinale. Et l'absence d'expression verbalisée, avec le refus du traitement des planches archaïques.

En résultat, les données de l'entretien concordent avec celles de l'analyse du TAT.

-**Tahar** ; L'analyse de protocole du TAT, nous démontre que Tahar utilise en première position les mécanismes d'évitement de conflit, dont les procédés phobiques qui sont présents avec un pourcentage élevé, en deuxième position on trouve les procédés de

contrôle, et en troisième position les procédés labiles, la dernière position est réservée aux procédés d'émergences en processus primaires, on note que la plupart des problématiques sont perçues excepté la planche 11 qui n'est pas perçue ni élaborée.

Donc à partir du protocole TAT la vie sexuelle de Tahar est déséquilibrée pour les motifs suivants : l'évitement de l'investissement relationnel avec le recours au registre B. Aussi l'absence de la vie pulsionnelle libidinale Et l'absence de l'expression verbalisée. Par contre les données de l'entretien démontrent que Tahar affirme que les rapports ne sont pas très fréquents et sont caractérisés par des hauts et des bas et qui oscillent selon les moments.

Les résultats de l'entretien ne se contredisent pas avec les données de l'analyse du TAT, puisqu'on constate que l'activité sexuelle se caractérise par l'irrégularité qui est en lien avec le fonctionnement mental de Tahar qui se caractérise aussi par cette irrégularité, donc au moment de la passation du test TAT, Tahar fonctionnait avec le mauvais volet. En résultat, les données de l'entretien concordent avec celles de l'analyse du TAT, et sa sexualité elle est plus ou moins équilibrée.

Nos hypothèses concernant la qualité de la vie sexuelle des insuffisants rénaux chroniques sont réfutables et non absolus, car les résultats de notre population d'étude, ne représente pas la population mère, de tous les malades atteints par cette maladie.

Conclusion générale

Conclusion générale

L'analyse clinique de nos quatre cas d'étude affirment cette liaison entre la maladie de l'insuffisance rénale chronique avec nécessité de soins par hémodialyse et les effets et blessures qu'elle provoque sur les plans physiologiques, psychologiques, affectifs, émotionnel et surtout relationnel.

A titre particulier, le relationnel revêt une importance capitale pour tout être humain, car il renvoi non seulement aux relations ordinaires mais aussi à celles les plus intimes, il s'agit de l'affectivité et de la fonction sexuelle et ses troubles surtout chez les catégories vulnérables telles que les insuffisants rénaux chroniques soignés par hémodialyse, dont la sexualité est une complication de cette maladie, qui est l'objet de notre travail de recherche.

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

Dans notre travail de recherche intitulé « la vie sexuelle chez les hémodialysés », que nous avons réalisé dans l'établissement public hospitalo-universitaire de Bejaia, nous avons constaté que le trouble sexuel est bel et bien réel et persistant chez la majorité des malades insuffisants rénaux chroniques, par contre d'autres gardent un certain équilibre.

La première hypothèse étant confirmée d'abord par le fait que la majorité des patients étudiés présentent des troubles d'ordre sexuel et de natures différentes d'un cas à un autre.

La deuxième hypothèse est aussi confirmée, par les résultats obtenus de l'analyse du test projectif TAT, et aussi à la fin, tous les résultats du TAT se concordent avec les résultats de l'analyse de l'entretien.

Nos deux hypothèses portant sur la vie sexuelle des hémodialysés sont réfutables, cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique relative, sont non statiques et non absolus qui sont dus à notre population d'étude qui ne représente pas la

population mère. Ajoutant à cela le fait qu'on n'a pas bénéficié d'une formation spécialisée en psychanalyse.

Enfin, il faut noter que cette recherche reste une bonne et unique expérience en termes d'apprentissage, à travers laquelle nous avons découvert et appris beaucoup de choses sur le plan personnel, humain et en particulier sur le plan pédagogique, comme elle est d'un apport positif sur le plan méthodologique. Ainsi elle nous a permis de toucher à l'un des grands problèmes de la santé à savoir, le vieillissement physiologique des organes, et comprendre leur vécu psychologique et leurs souffrances. En outre, cette recherche a été une occasion de nous familiariser avec le terrain et l'univers de la recherche scientifique.

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

- *Quelle est la fonction sexuelle chez la femme hémodialysée mariée ?*
- *Quelle est la qualité de la vie sexuelle chez les hémodialysés, en comparant le célibataire et le marié ?.*

Bibliographie

Bibliographie

1. Anzieu, D., et Coll. (1961). Les méthodes projectives. Paris, France : Dunod.
2. Brelet, F., et A. (2003). Nouveau manuel du TAT approche psychanalytique. Paris, France : Dunod.
3. Brelet, F., et Chabert., Et Coll. (2003). Nouveau manuel du TAT, approche psychanalytique. Paris, France : Dunod.
4. Chabert. (2004). Psychanalyse et méthodes projectives. Paris, France : Dunod.
5. Chahraoui, Kh., Benony,H. (2003). Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique. Paris, France : Dunod.
6. Chilland, C. (1983). L'entretien clinique. Paris, France : Puf.
7. Cupa, D. (2002). Psychologie en néphrologie. Paris, France : K.
8. Debray, R. (1983). L'équilibre psychosomatique. Paris, France : Dunod.
9. De-neuter, P. (2001). Le symptôme sexuel et ses multiples causalités, cahiers de psychologie clinique, N°16 ,143-157.
10. Forum d'el moudjahid. (2011). 1,5 millions d'insuffisants rénaux en Algérie, El moudjahid.
11. Freud. (1956). Naissance de la psychanalyse. Lettres à W. Flies. Paris, France : puf
12. Gohin, M. (2011). Le trouble sexuel. Repéré à <http://blog-psychologue.over-blog.com/page-le-trouble-sexuel-8856822.html>.
13. Hoarau, M. (2011). Traitement de l'insuffisance rénale, cours de formation. In rein écho, France. Repéré à [http://www.Rein-echos.fr/ancienne version/WP-content/.../02/cours-formation-texte.pdf](http://www.Rein-echos.fr/ancienne%20version/WP-content/.../02/cours-formation-texte.pdf)
14. Kubler, R-E., et Kessler, D. (2009). Sur le chagrin et sur le deuil. : Jean-Claude Lattés.
15. Laplanche, J et Bertrand, P-J. (1973). Vocabulaire de la psychanalyse. Paris, France : PUF.

16. Le formidable essor de l'hémodialyse en Algérie. (s.d). Repéré à [http :
www.liberte-algerie.com/ Contribution/le-formidable-essor-de-lhemodialyse-
en-algerie-242459](http://www.liberte-algerie.com/Contribution/le-formidable-essor-de-lhemodialyse-en-algerie-242459).
17. Lefebvre, G. (2005). Aspects psychologiques et sociaux des patients insuffisants rénaux, dialysés et transplantés. In échanges de la FIDTN, Petit Quevilly, N°74.1-4. AFIDTN. Repéré à www.afidtn.com/medias/annuairebibliographie/948_template.pdf
18. Marty, P. (1984). À propos des rêves chez les malades somatiques. In revue Française de psychanalyse, 1150-1152.
19. Neveu, P. (2012-2013). Physiologie rénale. Repéré à <http://www.yumpu.com/fra/Document/view/.../physiologie-rénale-Pauline-Ne>
20. Pidinielli, J-L. (1994), Introduction à la psychologie clinique. Paris : Nathan.
21. Psychologie clinique. (2014). Repéré à [http://www.over-blog.com/2014/08/l-
entretien-clinique.htm](http://www.over-blog.com/2014/08/l-entretien-clinique.htm). Flament.J-Y.
22. Reuchlin, M. (2002). Les méthodes en psychologie . Paris : Puf.
23. Sédart, J. (2011). Vie et Œuvre de Freud. Paris : Flammarion.
24. Shentoub, V., et Al. (1970). Fondements théoriques du processus TAT. In Bulletin de psychologie, Vol 24, N°12-15, 897-903.
25. Shentoub, V., Et Coll. 1990. Manuel d'utilisation du TAT, approche psychanalytique. Paris : Dunod.
26. Sillamy,N. (1991). Dictionnaire de la psychologie. Paris : Larousse.
27. Vulliermet,S. (2013). Synthèse : Trois essais sur la théorie sexuelle (Freud). Repéré à [http://www.youscribe.com/...../synthèse-trois-essais-sur-la-théorie-
sexuelle-Freud-2054611](http://www.youscribe.com/...../synthese-trois-essais-sur-la-theorie-sexuelle-Freud-2054611).

Annexes

Guide d'entretien

Le guide d'entretien en kabyle

El maaloumat ig anane amoutine

- Amek ismik ?
- Achhal g laamrik ?
- Almi danda tekrate ?
- Aniwa asseggass i tevdit la dialyse ?

El maloumat ig anane tazmart n toura n oumoutine

- Amek it setkevlet l khvar n lehlak ik avrid amenzou ?
- Amek it s addat la dyalyse ta menzout inek ?
- Achhal iverdane ith kheddmet l'hémodialyse g semana ?
- Amek it ts houssout s y manik oukvel d membaed m koul la dialyse ?
- Amek i g tswana lehlak ik almi tewtet ar wanechtha ?
- Lehsav ik dachoutse essebba n lehlak ik ?
- Mara tilit di l'hémodialyse t saoute ti mechkoukale ?
- Tesiit lehlakat ennatén ig ttavaen lehlak ayi ?
- Tets keyifet ?
- t kheddmet el hadja d guess el djehd ? dachouts ?
- Amek i te ts houssout mem baad el djehd ?
- Tes iit el maaloumat iye anan lhlak ik ?
- Tennoumet la fistule ?
- T ttavaet aken ilak le regime n lmakla y nek ?
- Lehsav ynek assoujay ayi iffegh fellak ?
- Tess iit g lfamiliak wi yad i k yets awanen di lechghal ik, ?

Ayen y anane tazmart n zik n ou moutine

- T hellket atas di temzi ynek ?
- T kheddmet yakane laccida negh t blissit ? Achhal yellan gue laamrik imiren ?
- Amek is koumen s y essek ?

- E ttfenk yakane gue svitar ? T khedmet aparatione ?
- T en etstsavet di temzi ynek ?
- T essiit gue l familiak widane ihelken lehlak ynek ?

Ayen yaanane elaalaka d wiyate ak tsemiicht d lemaachra ts mettout iss

- D gue mi i t kheddemet l'hémodialyse. Amek i tella elalaka ynek d l familiake ?
- Lwahi d widak i ki ts wanyine ?
- Amek tella l alaka n l hanana wahid tsmettout ik ? I wekvel lehlak ik ?
- S gue mi t ellit hémodialysé t veghghout tametout ik ?
- Y etstsili garawen chgoul enni ? Amek i lla ?
- Tes tehnat s w anechten ? I t mettout ik,
- T essiit essouovate i waken at khedmet chgoul e nni ? D achoutent lehsav ik ?
- Yella el khilaf d gue wanechten guar mekvel d membaad l hlak ik ?
- Tezrit negh tevghit atsezret tviv ik negh amoussnaw negh amdaklik ik y kerrven ?

Ayen yanane el hala net nefsit n dakhel iss

- Tes iit echfawa f lehwayedj negh ti ksitine igue addan fellaki ki allemen ?Dachouten t Achhal gue laamrik imiren ?
- D achou ten echfawa n diri ynek ?
- Wdane el aali ?
- D gue mi t kheddmet l'hémodialyse amek i guella ittess ynek ? ou wekvel lehlak ik ?
- T tsargout atas ? Tzemret agh d hedret fellassen ?
- Amek i zerret widane yellane s tezmert n e nsen ?
- Ar wachou i tessaramet ats khedmet ar zz ?
- T e ssaramet ats khedmet la greffe rénale ?
- H edriyid e ffachou i tevghit toura ?

Feuille de dépouillement TAT

FEUILLE DE DÉPOUILLEMENT

4

PROCEDES DE LA SERIE A (Contrôle)	PROCEDES DE LA SERIE B (Lutte)	PROCEDES DE LA SERIE C (Evitement du conflit)	PROCEDES DE LA SERIE E (Emergence en processus primaire)
A0	B0	CP	E
Conflictualisation intra - personnelle.	Conflictualisation inter - personnelle	1 - Tl long et/ou silences importants intra - récit. 2 - Tendance générale à la restriction. 3 - Anonymat des personnages. 4 - Moins des conflits non précises, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages. 5 - Nécessité de poser des questions. Tendance relus. 6 - Evocation d'éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêts dans le discours.	1 - Scolaires d'objets manifestes. 2 - Perception de détails rares et/ou bizarres. 3 - Justifications arbitraires à partir de ces détails. 4 - Fausses perceptions. 5 - Perception sensorielle. 6 - Perception d'objets morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés). Fabulation hors image.
A1	B1	CN	7 - Inadéquation du thème au stimulus Abstraction, symbolisme hermétique. 8 - Expressions "crues" liées à une thématique sexuelle ou agressive. 9 - Expression d'affects et/ou de représentations massifs liés à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomaniacale, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.)
1 - Histoire construite proche du thème banal. 2 - Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve. 3 - Intégration des références sociales et du sens commun.	1 - Histoire construite autour d'une fantaisie personnelle. 2 - Introduction de personnages non figurant sur l'image. 3 - Identifications souples et diffusées. 4 - Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus.	1 - Accent porté sur l'éprouvé subjectif (Non relationnel) 2 - Références personnelles ou autobiographiques. 3 - Affect - titre. 4 - Posture signifiante d'affects. 5 - Accent mis sur les qualités sensorielles. 6 - Insistance sur le repérage des limites et des contours. 7 - Relations spéculaires. 8 - Mise en tableau. 9 - Critiques de Soi. 10 - Détails narcissiques. Idéalisation de Soi.	10 - Persécution, 11 - Confusion des identités ("Télescopage des rôles") 12 - Instabilité des objets. 13 - Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales. 14 - Perception du mauvais objet, thèmes de persécution. 15 - Chivage de l'objet. 16 - Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physiognomies ou attitudes. 17 - Craquelures verbales (Troubles de la syntaxe) 18 - Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'âne. 19 - Associations courtes. 20 - Vague, indétermination, flou du discours.
A2	B2	C/M	
1 - Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), Y compris expressions et postures. 2 - Justification des interprétations par ces détails. 3 - Précautions verbales. 4 - Eloignement temporo - spatial. 5 - Précisions chiffrées. 6 - Hématations entre interprétations différentes. 7 - Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense. 8 - Remâchage, numération. 9 - Annulation. 10 - Eléments de type formation réactionnelle (propriété, ordre, aide, devoir, économie, etc.) 11 - Dénégation. 12 - Insistance sur le facilité. 13 - Intellectualisation (Abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste). 14 - Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pause dans le discours). 15 - Isolement des éléments ou des personnages. 16 - Grand détail et/ou petit détail évoqué et non intégré. 17 - Accent porté sur les conflits intra - personnels. 18 - Affects exprimés à minima.	1 - Entrée directe dans l'expression. 2 - Histoire à rebondissement. Fabulation loin de l'image. 3 - Accent porté sur les relations interpersonnelles. Récit en dialogue. 4 - Expression verbalisée d'affects forts ou exagérés. 5 - Dramatisation. 6 - Représentations contrastées. Alternance entre des états émotionnels opposés. 7 - Aller-retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir. 8 - Exclamations, commentaires, digressions, références/appropriations personnelles. 9 - Evocation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent. 10 - Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle. 11 - Instabilité dans les identifications. Hématation sur le sexe et/ou l'âge des personnages. 12 - Accent porté sur une thématique du style : aller, courir, dire, lui, etc. 13 - Présence de thèmes de peur, de catastrophe, de vertige etc. dans un contexte dramatisé.	1 - Surinvestissement de la fonction d'écrantage de l'objet. 2 - Idéalisation de l'Objet (valence positive ou négative). 3 - Prouettes, virevoltes. C/C 1 - Agitation motrice. Mimiques et/ou expressions corporelles. 2 - Demandes faites au clinicien. 3 - Critiques du matériel et/ou de la situation. 4 - Ironie, dérision. 5 - Clin d'oeil au clinicien.	
C/P			
1 - Accrochage au contenu manifeste. 2 - Accent porté sur le quotidien, le factuel, l'actuel, le concret. 3 - Accent porté sur le faire. 4 - Appel à des normes extérieures. 5 - Affects de circonstance.			