

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 en Psychologie**

Option : Psychologie Clinique

Thème

**La vie sexuelle chez les hommes
atteints d'insuffisance rénale**

Réalisé par :

AID Mounia

AOUDIA Nawel

Dirigé par :

Dr BOUCHERMA Samia

Année Universitaire 2019-2020

Remerciements

Nous remercions tout d'abord le dieu tout puissant de nous avoir donné la force et la connaissance pour mener à bien notre formation et notre travail.

Nous exprimons nos remerciements les plus sincères et notre vive reconnaissance à notre promotrice Dr BOUCHERMA, qui n'a jamais épargné son temps ni ses efforts pour nous conseiller et nous orienter vers le meilleur. Qu'elle puisse trouver ici notre plus profonde gratitude.

Nous remercions très vivement, nos chers parents, pour leurs encouragements constants et leur soutien de tous les instants.

Aussi, nous remercions très chaleureusement, tous les intervenants et toutes les personnes qui, par leurs écrits, leurs paroles, leurs conseils et leurs critiques ont guidé nos réflexions.

Nous remercions nos sœurs et nos frères.

Enfin, nous tenons à exprimer notre reconnaissance et estime à tous les intervenants.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

*A toute ma familles particulièrement mes parents et ma sœur **Mayssa** pour leurs encouragements et soutien, ainsi qu'a ma belle famille je leur témoigne ma profonde gratitude.*

*A mon mari 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, ainsi qu'a mon petit fils **Ayden**.*

A mes chers amis :

Rima, Tina, Mounia, Hanna , Lyria

Enfin je dédie ce travail à tous ceux que j'aime et qui sont loin de moi

Aoudia Navel

Dédicaces

- *Je tiens à dédier ce modeste travail à ceux qui me sont très chers D'abord à la mémoire de mon cher père, à ma mère qui ma qui m'a soutenue tout au long de mon cursus estudiantin, je les remercie infiniment.*
 - *A mes frères : Ahmed, Mahdi*
 - *A ma petite nièce Léa et sa maman*
 - *A mon fiancé*
- *A toute ma famille paternelle et maternelle sans exception.*
- *Sans oublier mes amis auxquels j'exprime une grande reconnaissance lydia, mima, lyna, kakou*
- *A tous ceux qui m'aiment et m'ont aidée de près ou de loin à la réalisation de ce travail.*

Aid Mounia

Table des matières

Remerciements	
Dédicaces	
Introduction.....	01
Partie théorique	
Chapitre I : Aspect médical et psychologique de l'IRC	
Axe 1 : l'aspect médical.....	05
I. L'insuffisance rénale chronique : aspect médical.....	06
II. Insuffisance rénale.....	07
III. Epidémiologie.....	08
IV. la classification de l'insuffisance rénale chronique.....	09
V. les causes et les complications de l'insuffisance rénale chronique.....	09
VI. les symptômes de l'insuffisance rénale chronique	10
VII. le traitement de l'insuffisance rénale chronique.....	11
Conclusion.....	14
Axe 2 : l'aspect psychologique	15
I. l'annonce de la maladie.....	15
II. les contraintes liées à la dialyse	16
III. Les répercussions psychologiques.....	18
IV. La prise en charge.....	22
Conclusion.....	29
Chapitre II : la sexualité	
I. Les inspirations de Sigmund Freud pour la sexualité	29
II. Les trois essais de la théorie sexuelle de Sigmund Freud	31
III. Les troubles sexuels et la vie psychologique.....	46
Conclusion.....	49
Chapitre III : Problématique	
La problématique	52
Hypothèse générale	54
Hypothèses partielles	54
Définition des concepts clés	55
Opérationnalisation des concepts	55
Le choix et l'objectif de la recherche	56
Partie pratique	
Chapitre IV : Méthodologie de la recherche	
I. La démarche de la recherche et population d'étude.....	57
II. les techniques utilisées.....	60
Axe N°1 : Les informations concernant l'état de santé actuelle.....	62
Axe N°2 : Les informations concernant l'état de santé antérieure.....	63
Axe N°3 : Les informations concernant la relation d'objet notamment la vie de couple.....	63
Axe N°4 : Les informations concernant le vécu psychologique.....	64
2. Le TAT.....	65

Chapitre V : Présentation et analyse des résultats

Analyse et discussion des études antérieure	69
• Etude de Méribet Yazid –taherhassane.....	69
• Etude d'IBARISSEN Yasmine.....	70
• Etude d'OURARI Kaci.....	72
• Etude de LORRAINE ORY	74
Conclusion	78
Liste Bibliographique.....	80

Introduction

Depuis la nuit des temps, avoir une bonne santé est quelque chose de précieux chez l'être humain, il a besoin en permanence d'assurer une vie paisible et agréable dans des conditions acceptables et normales et d'assurer une continuité régulière de ses activités vitales.

Seulement, durant sa vie, tout être humain est exposé à des événements ordinaires 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 selon l'OMS la définit comme étant une affection de longue durée qui la plupart du temps évolue lentement. Elle peut engendrer des incapacités et impacte la vie quotidienne des patients, c'est aussi 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. Et Parmi ces maladies chroniques, on cite l'insuffisance rénale chronique IRC.

L'insuffisance rénale chronique (IRC) se définit par une diminution prolongée, souvent définitive 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.

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 toute maladie chronique, l'insuffisance rénale peut avoir des complications telles que l'anémie et le diabète ainsi qu'un dysfonctionnement et un déséquilibre sexuels dont plusieurs personnes souffrent en silence car c'est un sujet tabou dans notre société.

C'est pour ces raisons que nous avons décidé de mener cette recherche dans le but mieux connaître la souffrance engendré par cette maladie qui débute déjà par les souffrances physiques accompagnée du vécu avec la maladie, et

spécifiquement l'impact de l'insuffisance rénale chronique sur la vie sexuelle des hémodialysés.

L'importance de notre étude réside à la fois dans son actualité pour enrichir les études, ainsi le manque d'accompagnement des hommes atteints d'insuffisance rénale chronique qui vivent leurs souffrance en silence surtout en ce qui concerne leurs vie sexuelle.

Pour éclairer cela nous avons élaboré et instauré un plan de travail qu'on a divisé en deux parties :

I. La partie théorique :

1 er chapitre : l'aspect médical et psychologique de l'insuffisance rénale chronique.

2 ème chapitre : la sexualité

II. la partie pratique

3 ème chapitre : la méthodologie de la recherche

4 ème chapitre : présentation et analyse des résultats

5 ème chapitre : discussion des hypothèses

Enfin, on conclut notre recherche par une conclusion générale.

Partiethéorique

Chapitre I: Aspect médical et psychologique de l'IRC

Chapitre I: l'aspect médical et psychologique de l'insuffisance rénale chronique

Introduction

Axe 1 : l'aspect médical

La maladie rénale chronique (MRC) est fréquente et longtemps silencieuse. Le dépistage ciblé de la MRC dans les populations à risque a pour but d'éviter ou de retarder le passage au stade terminale de l'insuffisance rénale nécessitant un traitement de suppléance (dialyse ou greffe rénale) et de réduire les complications associées, principalement cardiovasculaires.

Dans ce chapitre on va aborder non seulement la fonction rénale, sa composition et les différentes modalités de prise en charge mais aussi l'aspect psychologique de l'insuffisance rénale.

Aperçu historique

Inspiré par les travaux de Claude Bernard, le médecin hongrois Sándor Korányi (1866–1944) introduit le concept d'insuffisance rénale. Gabriel Richet et Jean Hamburger figurent également parmi ceux ayant écrit de nombreux articles sur cette pathologie, rappelons qu'historiquement, deux femmes vont survivre à leurs urémies aiguës par deux traitements palliatifs différents pour les premières fois, l'une grâce à la dialyse en 1945 à Kampen (Pays-Bas) et l'autre grâce à une transplantation réalisée clandestinement en 1947 à Boston (USA). Puis c'est en 1960 à Seattle (USA) que C. Shields deviendra le premier hémodialysé chronique puis transplanté, lui permettant de prolonger sa vie de onze années. En 1952, en France, une première greffe du jeune Marius avec sa mère comme donneur vivant par J. Hamburger à Necker. En 1954, des frères jumeaux homozygotes à Boston permettent à un couple donneur-receveur une transplantation rénale réussie. En France, jusqu'en 1960, les sujets mouraient de crises d'urémie qui dès lors vont prendre le nom d'insuffisance rénale chronique terminale. Cette phase terminale de l'insuffisance rénale chronique annonçant le vital recours palliatif, à la dialyse ou à la greffe, sans quoi le sujet meurt. Les médecins seront amenés à choisir les patients qui continueront à vivre par la dialyse, ce traitement n'étant pas accessible à tous jusqu'au début des années 1970. Si les machines de dialyse continuent à se perfectionner notamment en bénéficiant des progrès de l'informatique, des avancées thérapeutiques sont envisagées. Notamment celle de la portabilité par un rein artificiel portable ou

d'un système d'ultrafiltration portable. Sous la forme de ceinture, ceux-ci fonctionneraient continuellement tel un vrai rein. À l'université du Michigan, un rein bio-artificiel a été testé sur des animaux puis sur des humains notamment en novembre 2004. Celui-ci pourrait rester extracorporel voire même être implanté dans l'organisme. Aussi, une imprimante 3D pourrait recréer à partir de cellules souches un rein pour l'insuffisant rénal... Peut-être un jour alors les machines d'hémodialyse seront reléguées au rang de l'Histoire médicale (Jean-Dit-Pannel, 2015, p.13).

I. L'insuffisance rénale chronique: aspect médical

I.1. Définition du rein

Selon le dictionnaire médical: le rein est un organe pair qui sécrète l'urine, situé de chaque côté de la colonne vertébrale, dans la région lombaire, en arrière du péritoine, il a une forme ovale aplatie caractéristique, il est entouré d'un tissu cellulo-adipeux, et il est constitué de deux zones distinctes: une partie centrale (médullaire) qui comprend les pyramides rénales et une partie périphérique (le cortex) qui comprend des tubules disposés irrégulièrement (tubules rénaux) entourés d'un grand nombre de capsules rénales (Quevauvilliers 2009, p.805).

Le rein est un organe qui assure plusieurs fonctions essentielles pour l'organisme humain :

- la régulation des quantités d'eau dans l'organisme,
- l'élaboration de l'urine qui permet le maintien de l'équilibre entre l'eau et les électrolytes (calcium, potassium, sodium...);
- l'élimination par les urines des déchets métaboliques du sang et des toxiques (médicaments, alcool,...), par exemple l'urée (résultant de la digestion des protéines) et de la créatinine (provenant de la destruction des cellules musculaires qui sont continuellement en renouvellement) ;
- la production et la sécrétion de trois hormones : la rénine qui joue un rôle de régulation de la tension artérielle, l'érythropoïétine qui stimule la production de globules rouges par la moelle osseuse et la vitamine D qui est nécessaire à l'absorption du calcium (Idier, 2012, p.15).

I.2.l'anatomie du rein :

Les reins sont des organes situés dans la cavité abdominale sous le diaphragme. Ils sont très souvent au nombre de deux l'un à droite est situé sous le foie, et l'autre à gauche, contre la rate. Ils présentent un aspect d'haricot, coiffés de glandes surrénales. Leur consistance est ferme de couleur rouge sombre avec une surface lisse, Ils sont délimités par une fine capsule entourée d'une mince couche de tissu adipeux. Ils pèsent entre 130 et 140 g en moyenne et ont une hauteur de 10-12 cm, une largeur de 5-6 cm et une épaisseur de 2,5-3 cm. Ils réalisent plusieurs fonctions qui sont chargées d'assurer l'excrétion urinaire, la régulation acide et l'équilibre des liquides. (Querin et Valiquette, 2004, p.5).

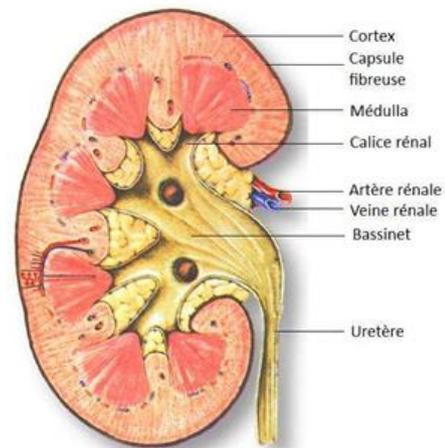


Figure 1 : Anatomie du rein
Source : Futura Sciences

II. Insuffisance rénale

Selon Radermacher, l'insuffisance rénale est une diminution du pouvoir épurateur des reins et correspond à une diminution du nombre de néphrons fonctionnels. (Radermacher, 2004, p.14).

Les reins lorsqu'ils ne peuvent plus assurer ses différentes fonctions indispensables à la vie, le sujet est alors atteint d'insuffisance rénale. L'insuffisance rénale est dite « chronique » lorsque la perte des fonctions rénales est progressive et irréversible. Quand les lésions sont devenues très importantes et que la perte des fonctions des reins devient menaçante sur le plan vital, il s'agit d'« insuffisance rénale chronique terminale ». Pour survivre, les personnes doivent alors bénéficier d'une thérapie rénale de remplacement telle que la transplantation d'un rein ou l'hémodialyse. L'insuffisance rénale est considérée comme « un mal silencieux » car les symptômes ne sont ressentis qu'à un stade très avancé de la maladie. Les principaux symptômes sont une fatigue importante et persistante, des troubles digestifs, un amaigrissement, des crampes, un essoufflement et des œdèmes diffus plus marqués au niveau des mains et des chevilles (Idier, 2012, p.15).

II.1 L'insuffisance rénale aiguë (IRA)

L'insuffisance rénale aiguë est définie par une baisse brutale du débit de filtration glomérulaire, d'une rétention des déchets azotés (urée, créatinine) et la perte de tout ou partie des fonctions rénales. La survenue d'une insuffisance rénale aiguë impose d'apprécier le retentissement immédiat sur l'organisme des perturbations métaboliques et hydro-électrolytiques. (Idier, 2012, p.15).

II.2 L'insuffisance rénale chronique (IRC)

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par une diminution de la filtration glomérulaire (FG) en rapport avec une réduction permanente et définitive de nombre de néphrons fonctionnels ce qui la différencie de l'insuffisance rénale aiguë. (Bouchir, A, 2004, p, 22).

L'insuffisance rénale chronique désigne l'ensemble cliniques, biologiques, et radiologiques traduisant la destruction progressive de plus de 70% du capital néphrotique, en rapport avec l'accumulation d'une part de produits toxiques (urée, créatinine, acide urique, produits acides tel les ions H⁺ et l'acide lactique) et d'autre part avec la perturbation des mécanismes régulateurs du milieu intérieur (équilibre hydro-électrolytique et acido-basique, fonction endocrine du rein). L'expression de l'IRC est polymorphe en fonction du déficit de la filtration glomérulaire. (Droulez et al, 2008, p.3).

III. Epidémiologie

L'insuffisance rénale chronique est un terme qui désigne l'altération à des degrés divers du fonctionnement des deux reins, le nombre de personnes touché par cette maladie ne cesse de croître dans le monde.

Dans notre pays, on compte selon les données effectuées lors du forum d'EL Moujahid 1,5 million de personnes présentent une insuffisance rénale chronique (IRC), on peut ajouter 6 millions d'Algériens souffrant d'une maladie rénale chronique. En raison de l'allongement de l'espérance de vie, de l'augmentation de la prévalence de diabète et de l'hypertension artérielle, ainsi que l'absence d'une politique de prévention, le nombre de patients nécessitant une thérapie de substitution rénale atteindrait le chiffre de 20.000 dans les cinq prochaines années. Actuellement, près de 13.000 personnes sont touchées par l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) .une maladie qui demeure insidieuse et méconnue du grand public. (Bouabka, 2009, p.6).

En Algérie, environ 4 000 nouveaux cas d'insuffisance rénale chronique (IRC) sont enregistrés chaque année. (Ibid.)

IV. la classification de l'insuffisance rénale chronique

La valeur fonctionnelle rénale s'apprécie par les dosages sanguins de l'urée et de la créatinine ou par la détermination de la filtration glomérulaire, mesurée par la clairance de l'inuline ou de la créatinine (Dracon, 2009, p.19).

Les différents niveaux	Créatininémie ($\mu\text{mol/l}$)	Clairance de la créatinine (ml/mn)
Débutante	110 à 150	60 à 100
Modérée	150 à 300	30 à 60
Sévère	300 à 600	15 à 30
Evoluée	600 à 800	10 à 15
Terminale	>800	<10

Tableau 1: Les différents niveaux de l'insuffisance rénale chronique (Bouchir, A, 2004, p. 24).

V. les causes et les complications de l'insuffisance rénale chronique

La maladie rénale chronique est une maladie lentement évolutive ; une baisse progressive du débit de filtration glomérulaire s'observe habituellement sur plusieurs années. Les causes principales d'IRC en France sont la néphropathie diabétique et la néphroangiosclérose, qui expliquent actuellement à elles seules 2/3 des IRC. La néphropathie causale a un impact sur la progression de l'IRC. D'autres facteurs influencent aussi la rapidité d'évolution, comme par exemple l'hypertension, la protéinurie, l'acidose métabolique et la consommation de tabac qui accélèrent la dégradation de la fonction rénale (Béchade, 2017, p.12).

- Les principales causes d'IRC sont :
- Néphropathies vasculaires et hypertensives (25 %),
- Néphropathies diabétiques (22 %, essentiellement diabète type 2),
- Glomérulonéphrites chroniques (11 %),
- Néphropathies héréditaires (8 %, essentiellement polykystose rénale autosomique dominante),

- Néphropathies interstitielles chroniques (moins de 5 %),
- Néphropathies diverses (10 %),
- Néphropathies d'origine indéterminée (16 %).

Au regard, du rôle physiologique du rein dans l'homéostasie, l'IRC peut conduire à plusieurs complications si elle n'est pas diagnostiquée et traitée précocement. Parmi ces complications on peut en citer :

- 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).

VI. les symptômes de l'insuffisance rénale chronique

La progression de l'insuffisance rénale chronique est si lente que les symptômes sont souvent imperceptibles au cours des premières années, car les reins s'adaptent et compensent leur perte de fonction. Plusieurs patients ne prennent connaissance de leur problème de santé que lorsque leurs reins opèrent à moins de 25 % de leur capacité normale. Certains symptômes non spécifiques comme la fatigue, peuvent être la seule manifestation de la maladie pendant longtemps chez les personnes à risque, le suivi est par analyses sanguines et urinaires, donc il est essentiel afin de détecter des signes annonciateurs d'insuffisance rénale. Une fois que la maladie est bien installée, les symptômes suivants peuvent se manifester :

Enflure des pieds, des chevilles, des jambes ou des paupières; •Douleur à la miction et diminution du volume d'urine;

- Mictions plus fréquentes;
- Urine mousseuse, trouble ou de couleur foncée;
- Hypertension artérielle;
- Fatigue et faiblesse plus marquées;
- Nausées et vomissements;
- Perte d'appétit et mauvais goût en bouche;
- Perte de poids inexplicée;
- Somnolence, ralentissement psychomoteur ;
- Troubles du sommeil;
- Douleur dans le milieu, le bas du dos ou sur les côtés du bassin;
- Contractions involontaires des muscles et crampes. (Le Grain M. et al. 1985, p. 3).

VII. le traitement de l'insuffisance rénale chronique

Lorsque l'insuffisance rénale chronique a atteint le stade terminal, il est indispensable de suppléer les fonctions rénales vitales par un traitement d'épuration rénale : la Dialyse Péritonéale (DP) ou l'Hémodialyse (HD) ou par la transplantation rénale.

Le choix entre la dialyse péritonéale ou l'hémodialyse doit être discuté entre fonction de confédération telle que la disponibilité de la technique, les conditions sociale de vie et de l'éloignement du centre de dialyse ainsi que l'âge

de patient et ça capacité a géré sont traitement.(<http://www.inserm.fr/insuffisance-rénale>).

VII.1 La dialyse péritonéale

La dialyse péritonéale utilise les capacités naturelles de filtration du péritoine qui est une membrane qui tapisse l'intérieur de la cavité abdominale et le tube digestif. Le péritoine sert de rein de substitution. Lors de l'intervention chirurgicale, un cathéter qui est un tube en silicone souple, est implanté chirurgicalement au niveau de l'abdomen. Ce cathéter permet d'introduire le liquide de dialyse (le « dialysat ») dans la cavité péritonéale. Les déchets et la surcharge en eau vont se diffuser pendant plusieurs heures dans ce liquide. Le péritoine sert alors de filtre. Ce liquide contenant les déchets et l'excès en eau est éliminé par le biais d'une poche de drainage en dehors de l'organisme. Ensuite, une nouvelle infusion de dialysat est réalisée. Cette opération est appelée « échange ». Elle doit être renouvelée trois à quatre fois par jour si l'on choisit la Dialyse Péritonéale Chronique Ambulatoire (DPCA). Il existe une autre solution qui est la Dialyse Péritonéale Automatisée (DPA). Les changements de poches, c'est-à-dire les échanges, ne sont plus effectués manuellement mais par une machine qui réalise les cycles de changement de poche pendant le sommeil. Le patient doit se brancher le soir et se débrancher le matin.

La dialyse péritonéale est un traitement qui nécessite un apprentissage rigoureux. Elle est proposée aux patients jeunes et actifs en attente d'une greffe mais elle peut aussi s'adresser aux patients âgés, en mettant éventuellement en place une aide à domicile (Dracon, 2009, p.19).

Une dialyse péritonéale a de nombreux inconvénients comme les risques infectieux, l'équilibre nutritionnel, et aussi elle a des avantages par exemple : simplicité de la méthode, autonomie, maintien prolongé de la fonction rénale résiduelle; et bien sûr sans oublier les contre-indications qui sont l'éventration majeure, interventions abdominales multiples, insuffisance respiratoire grave, absence de fonction rénale résiduelle (Dracon, 2009, p.25).

VII.2 l'hémodialyse

Le principe consiste, à travers une membrane semi-perméable, ne laissant que l'eau et les substances dissoutes de petit poids moléculaire (poids moléculaire inférieur à 70 000), à mettre en contact le sang du patient avec une solution de composition adaptée, appelée le dialysat. Il est possible, dans le but de favoriser

les transferts de solutés de poids moléculaire élevé, d'augmenter l'importance de l'ultrafiltration : c'est l'hémodiafiltration (Dracon, 2009, p.25).

L'hémodialyse nécessite généralement trois séances par semaine chaque séancedure 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).

VII.3 La transplantation 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).

Ce traitement de substitution idéal de l'urémie chronique (le rein transplanté, outre les fonctions excrétoires, peut pleinement assurer les fonctions endocrines habituelles) est de loin, le moins coûteux, nécessitant néanmoins une surveillance indéfinie et un traitement immunosuppresseur permanent qui reste grevé de complications non négligeables.

L'organisation de transplantation est toujours difficile et dépend :

- Du greffon provenant parfois d'un sujet vivant (greffe familiale), soit le plus souvent d'un donneur décédé en état de cérébration dont les conditions hémodynamiques sont parfois précaires à l'heure du prélèvement.

- du receveur dont l'inscription sur liste de transplantation nécessite un bilan somatique et psychologique complet, chez des patients parfois exposés depuis longtemps à l'insuffisance rénale chronique et à la pathologie induite par les méthodes de suppléances

-du traitement qui associe la corticothérapie et l'immunosuppression nécessaire à la tolérance immunologique mais qui comporte des risques infectieux, cancéreux, vasculaire, osseux et métaboliques.

Si les résultats initiaux se sont progressivement améliorés (survie greffon, survie malade), de nombreux progrès restent à accomplir notamment dans le domaine de la meilleure spécificité et innocuité des traitements immunosuppresseurs.

La recherche quant à la possibilité des xénogreffes est encore plus que balbutiante et l'utilisation de tels greffons ne sera sûrement pas possible avant de nombreuses années (Dracon, 2009, p.25)

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 coûteux tel l'hémodialyse. Il est donc indispensable de préserver sa santé et celle de son entourage.

Axe 2 : l'aspect psychologique

Introduction

A l'annonce d'une maladie chronique, le patient voit sa vie bouleversée en raison de la contrainte de son traitement et de ses possibles complications à long terme. A l'annonce du diagnostic d'une insuffisance rénale chronique et les différentes conséquences potentielles de cette maladie: la douleur, la dépendance, les mutilations physiques, la perte d'emploi, la modification des rapports avec l'entourage familial proche, l'invalidité et l'handicap, etc. Face à cette situation, le patient devra faire face et s'adapter, pour prévenir des réactions pathologiques, la connaissance de ces perturbations est nécessaire, elles sont souvent spécifiques à l'insuffisance rénale chronique qui peuvent être regroupées en certains troubles psychologiques.

I. l'annonce de la maladie

L'annonce de la maladie est presque toujours vécue comme un traumatisme, souvent brutale, inattendu de la personne concernée. 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 le passé, le présent et l'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. Tous ces facteurs peuvent déboucher sur un conflit psychique (Lefebvre, 2005, p.4).

Pendinelli décrit les différentes phases psychologiques par lesquelles le malade passe durant la période de sa maladie chronique et avant d'accepter sa maladie, c'est un cycle similaire au cycle de deuil :

- a) Phase de refus ou d'isolement: cette phase doit être respectée, car elle sert «d'amortisseur» à la perception ou à la connaissance de l'aspect fatal ou gravissime de la maladie.
- b) Phase de colère (irritation): elle est liée à la question «pourquoi moi?», et peut amener à des projections agressives, et pouvant aussi amener à la rupture du lien médecin-malade.
- c) Phase de marchandage: elle réveille des sentiments contradictoires et se traduit par des tentatives de marchandage vis-à-vis des contraintes des traitements, refus d'une partie du traitement ou surcompensation.

- d) Phase de dépression: elle contient deux aspects; la dépression réactionnelle due aux pertes (de sa perception a soi et aux autres) et «le chagrin préparatoire» d'acceptation de son destin.
- e) Phase d'anxiété: elle est omniprésente, un peu comme la névrose d'angoisse sur un fond continu d'incertitude s'inscrivent des acméés provoquées par des incidents intercurrents, ou par la crainte de ceux-ci (post-traumatique stress désordre du DSM III-R). Parfois, l'anxiété traduit un épisode somatique, hypertension, infections, troubles hydro électrolytique...
- f) Phase d'acceptation: La personne assume, intègre la maladie chronique dans sa vie quotidienne, elle reconnaît que la maladie implique des contraintes, et prend conscience que la maladie comporte des risques, la maladie est enfin acceptée, Le patient a une nouvelle image de lui avec la maladie chronique. L'idée d'une vie sans maladie chronique est abandonnée, le handicap est admis (responsabilité, dynamisme, savoir être). (Moley-Massol I, 2004).
- g) Phase d'espoir: l'espoir se présente dans toutes les phases de la maladie et demeure jusqu'au dernier instants. (Pandinelli, 2005, p. 43).

II. les contraintes liées à la dialyse

II.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 de l'échéance qu'est la mort. Or, les insuffisants rénaux sont, plus que toute autre personne, confrontés à cette perspective d'autant plus inéluctable que la dialyse n'est qu'un soin palliatif, c'est-à-dire un soin uniquement destiné à reculer les limites entre vie et mort (Lefebvre, 2005, p.1).

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. La perception de ces deux notions : gagner ou perdre du temps est très différente 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. (G. Lefebvre, 2005, P.1-2).

II.2 Le régime et les contraintes alimentaires

Les contraintes alimentaires sont tout aussi importantes. 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 à la réalité c'est-à-dire le potentiel mortel que représente leur maladie s'ils ne se rendent pas en dialyse. Ils n'ont pas la liberté de refuser d'aller en dialyse le jour où ils sont fatigués ou s'ils ont des soucis personnels etc.

Les transgressions alimentaires, hydriques et l'insuffisance de complaisance 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)

II.3 Le problème d'effraction

Chaque nouvelle ponction représente une effraction corporelle. Le branchement en hémodialyse, la pose du cathéter de dialyse péritonéal ou la transplantation rénale (le greffon) consistent à introduire un objet étranger dans le corps. Chacune de ces effractions constitue un véritable traumatisme. Toutes ces

interventions modifient le corps, y créent des ouvertures, des brèches qui peuvent être sources d'angoisse. Là encore, le sujet a un gros travail d'adaptation et d'acceptation à faire de son nouveau schéma corporel (Lefebvre, 2005, p.5).

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.

Ces effractions sont surtout difficiles à vivre pour les patients dont la personnalité est structurée sur un mode psychotique, car ces personnes sont déjà aux prises avec des angoisses dites de morcellement, mais aussi pour les patients normaux névrotiques 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. 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 la psychologue peut être utile pour encourager la verbalisation (Lefebvre, 2005, p.5).

III. Les répercussions psychologiques

III.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 y a aussi une perte de l'indépendance, du fait de la dépendance à la machine, aux soignants, et donc une perte de la capacité à s'assumer seul. (G. Lefebvre, 2005, P.1).

Comme le dit D. Cupa « le patient vit l'annonce de la mise en dialyse et son entrée en dialyse comme un choc. C'est un passage dans une autre vie, celle de la survie, car, dès lors, sans la dialyse il ne peut 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 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 a sa place bien à lui dans une salle de dialyse, et qu'en cas de décès, les autres malades peuvent refuser de s'installer à cette place car c'est la place du mort. Quoi qu'il en soit, le décès d'une personne affecte beaucoup les autres dialysés car cela réactive les angoisses de mort présentes en chacun d'eux (G. Lefebvre, 2005, P.3).

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

III.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".

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

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

a un gros travail à faire sur lui-même car il doit accepter et la maladie, et le traitement qui l'accompagne (Lefebvre, 2005, p.4).

III.4 Les dysfonctionnements sexuels

Tous les hémodialyses 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 (Lefebvre, 2005, p.4).

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

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)

Le Rôle du psychologue avec les patients

Le psychologue a un moment ou à un autre, patient comme accompagnant peuvent être amenés à consulter un psychologue afin d'être aidé ou tout simplement pour prendre du recul. Le psychologue peut proposer une aide personnalisée, soit auprès de patients hospitalisés, soit auprès de patients venant en ambulatoire. Dans ce dernier cas, la prise en charge psychologique peut être soit ponctuelle, soit révéler le besoin d'un suivi à plus ou moins long terme. Il peut également s'agir d'un bilan durant une séance, pour orienter le patient vers différents types de soutien-psy extérieurs à l'hôpital (psychiatres, psychologues de ville, centres médicaux-psychologiques).

Les équipes soignantes ont également besoin d'être écoutées et soutenues dans leur travail quotidien, souvent marqué par des vécus d'impuissance, de vulnérabilité ou d'épuisement... Le psychologue peut ainsi apporter son soutien à des soignants désarmés devant la souffrance morale de leurs patients. Le psychologue a pour rôle :

- De participer à la mise en place et à l'animation d'ateliers dans le cadre du projet d'accompagnement (groupes de parole, ateliers estime de soi, etc.) ;
- De répondre à la demande d'un soignant pratiquant qui a perçu un besoin de prise en charge psychologique pour le patient ;
- D'aider à la coordination du projet du service ;
- D'évaluer si les demandes exprimées relèvent d'abord d'un besoin d'accompagnement ou d'un besoin de prise en charge psychologique ;
- De conduire des actions de recherche (sur le vécu de la première séance d'hémodialyse, la perception des besoins), et en partager et soumettre les résultats à la communauté scientifique. (La FNAIR.1972, p. 25).

Le processus permet alors au patient, au delà de ses souffrances, arrive à éprouver un certain plaisir, à s'intéresser à son propre fonctionnement psychique et à retrouver sa propre histoire ainsi commencé à redonner et rétablir une meilleure homéostasie narcissique chez ces patients, les éléments dépressifs pourront s'atténuer et permettront une reprise de l'activité et un

rapport à la passivité moins angoissante, moins près de la dépendance traumatique aux soins, il sera possible de constater corrélativement un relâchement progressif des défenses archaïques, les relations interpersonnelles deviendront plus souples, la pensée se libérera, plus créatrice, moins entravée par la lutte anxieuse face aux pertes et aux risques de mourir. (CUPA, D, 2002, p. 16).

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 II : la sexualité

Préambule

Aujourd'hui le mot sexualité regroupe deux sens différents ; soit ce qui caractérise l'existence ou la reproduction sexuée, soit l'ensemble des comportements qui recherchent le plaisir charnel, la sexualité telle que nous l'entendons aujourd'hui n'a donc pas toujours existé, mais s'est construite très récemment, du XVII au XX siècle.

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 Freud et à ses précieux travaux, et c'est dans les trois essais sur la théorie de la sexualité (1905) qu'il commence à exposer sa conception élargie de la sexualité, texte sur lequel il reviendra jusque dans les années vingt, il y établit l'unification entre la vie sexuelle normale, la perversion et la névrose, c'est-à-dire l'hypothèse d'une disposition polymorphe perverse à partir de laquelle se développent les diverses formes de la vie sexuelle sous l'influence des événements de la vie.

I. Les inspirations de Sigmund Freud pour la sexualité

I.1 l'auto analyse

Octave Mannoni dans son article « L'analyse originelle » a focalisé l'origine de la psychanalyse au niveau d'une « analyse originelle » que Freud fit avec Fliess, grâce à son transfert sur lui.

Avec cette interprétation, Octave Mannoni apporte un correctif de taille à la version des origines de la psychanalyse qui a pris le nom d'autoanalyse. Il existe une histoire de cette version, transmise par les travaux d'Ernest Jones, Max Schur, Frank J. Sulloway, Karen Horney et bien d'autres. En France, c'est Didier Anzieu qui fut le grand maître de la propagation de cette version, avec les trois éditions successives (1959, 1975, 1988) de son ouvrage intitulé précisément *L'auto-analyse de Freud et la découverte de la psychanalyse*. Freud aurait découvert la psychanalyse en faisant une auto-analyse. (O. Mannoni, 1967, P.120).

C'est l'introspection revendiquée explicitement par lui, que Freud tire d'abord ses principales intuitions, la science des rêves commence d'abord par l'analyse d'un rêve personnel (l'injection faite par Irma), il entreprend à partir de 1895 l'analyse systématique de tous les siens, en août 1897 il écrit ainsi à son ami

Wilhelm Fliess : « mon principal malade celui qui m'occupe le plus, c'est moi-même ». C'est également au cours de son auto analyse que, Freud met en évidence l'hypothèse du complexe d'Œdipe, comme il 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 d'Œdipe ».

I.2 les observations cliniques

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 (de 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, retranscrites par Freud, montre que les histoires sexuelles sont loin d'être des déclarations spontanées.

Freud insiste beaucoup pour amener les patients à trouver de tels souvenirs, et constate de nombreuses résistances. Des histoires 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 d'avoir guéri tous les patients qui lui servent pourtant à illustrer ses sources thérapeutiques.

I.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'inconscients, 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

Dans son ouvrage intitulé « *trois essais sur la théorie sexuelle* », Sigmund Freud a abordé la sexualité, 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, de pratiques éducatives et même des conduites.

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

II.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

Deux conceptions bien différentes doivent être distinguées à propos du terme pulsion. La première concerne le sens général et la seconde s'applique spécifiquement à l'approche psychanalytique.

Plus généralement, la notion de pulsion s'inscrit, en psychologie, dans un champ conceptuel aux limites floues qui inclut le conatif, les instincts (acte instinctif des éthologues), la motivation, les besoins. Le concept Freudien de pulsion a une définition beaucoup plus précise, limitée aux poussées dues aux excitations

internes, d'origine biologique, auxquelles le sujet ne peut échapper et qui sont « le ressort du fonctionnement de l'appareil psychique ».

A propos de la pulsion, Freud distingue la source, l'objet et le but, l'une des contributions importantes de cette notion Freudienne, qui en fait en même temps l'une des caractéristiques de la théorie psychanalytique, tient dans la critique de l'idée, issue de la psychologie du sens commun, selon laquelle la pulsion sexuelle (qui est localisée dans les excitations de l'appareil génital) a un but et un objet spécifiques, Freud au contraire, fait l'hypothèse que l'objet la pulsion est variable, tout comme ses buts, qui tiennent les uns et les autres aux singularités de l'histoire individuelle du sujet. Plusieurs notions contingentes de celle de pulsion seront ensuite déclinées dans la théorie psychanalytique : celle de pulsion partielle, de pulsion de vie et de pulsion de mort. (R. Daron , 1991, P.220).

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 sexuelles. (R. Daron , 1991, P.221).

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. Son objet n'est pas biologiquement prédéterminée, 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 est 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 :

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

Lesinvestis amphigènes : pour qui l'objet sexuel peut être aussi masculin que féminin.

- **les investis occasionnels** : pour qui l'objet 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. Villiermet, 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. Villiermet, 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 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).

II.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 (suction voluptueuse) qui est la première manifestation sexuelle de l'enfant. Au début ce suçotement coïncide avec la fonction vitale de se nourrir. La tétée (sein ou biberon) apporte du plaisir au bébé. Les lèvres tiennent le rôle de zone érogène et l'absorption du lait chaud lui donne du plaisir, l'enfant rompu, s'endort le sourire aux lèvres, tableau identique à l'adulte qui obtient une satisfaction sexuelle. Quand les dents apparaissent, la satisfaction sexuelle se sépare du besoin de nutrition. (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 apparaît par étayage ;
- Elle ne connaît aucun objet sexuel (auto érotisme) ;

- Son but sexuel est sous l'emprise d'une zone érogène.

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

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

L'enfant considère les selles comme partie intégrante de son corps, elles

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

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 à venir.

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 (3 à 4 ans) 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).

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'acquiert en mangeant et naît de l'intestin 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. (J.Sédat, 2011, P.112).

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 qui ne sont pas encore des organes reproducteurs.

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

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

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

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

II.3 La métamorphose 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. Il 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. « 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 ». 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 ces 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 résident 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 veille 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 ». Seule la preuve de la présence d'une personne le rassurait. L'angoisse névrotique naît de la libido. (J. Sédat, 2011, P.168).

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 partie 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 ». 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. (J. Sédat, 2011 P.169).

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 éducatable. 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 prématuration 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 prématuration 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

III. 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.

III.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 « tune 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).

III. 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 prévalence 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 postfreudienne 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 III : Problématique

La problématique

Tout être humain est une entité complexe et 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 dont les éléments constitutifs en interaction forment 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.

La santé mentale joue un rôle primordial dans la stabilité de l'organisme humain. Cette dernière est définie, selon l'organisation internationale de la santé (OMS) comme : « un état de bien être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tentions normales de la vie. Accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie, de sa communauté ». Être en bonne santé, ne consiste pas uniquement à ne pas avoir de maladie, elle englobe à la fois le bien être physique et mental de l'être humain et de son entourage dans lequel il vit, mais cela ne s'arrête pas là, l'homme au cours de sa vie peut faire face aux maladies, qui menacent l'équilibre de son organisme.

Le corps humain peut être confronté à des facteurs de risque qui peuvent le projeter dans un état malade qui menace l'équilibre de son organisme. Parmi ces maladies qui affectent le corps humain on retrouve les maladies chroniques, qui évoluent dans une atmosphère silencieuse, sans aucun symptômes apparent, jusqu'à l'écllosion de la maladie, la personne est condamnée à vivre avec, tout au long de sa vie, tel que ; le cancer, le sida, le diabète ainsi que l'insuffisance rénale chronique. Cette dernière est une affection silencieuse, d'évolution progressive et qui ne régresse pas, elle peut aller jusqu'à la perte totale de la fonction rénale.

L'insuffisance rénale chronique est la résultante de la perte progressive des fonctions du rein. Elle se traduit par un ensemble d'altérations biologiques, regroupées sous le terme d'urémie chronique, c'est une atteinte des reins qui par la suite entraîne une détérioration de leur capacité de filtration. Cela se traduit par une accumulation de déchets de l'organisme dans le sang, notamment de

l'urée et de la créatinine. La personne atteinte ne souffre pas, ne se rend pas vraiment compte jusqu'à l'arrivée au stade finale, ou les symptômes apparaissent, s'accroissent, deviennent irréversibles. (Batta F-Z. 2011, p. 6).

L'Insuffisance rénale chronique est un problème de santé publique au niveau mondiale, selon The Pan African Medical Journal 5 % de la population mondiale souffrent d'une insuffisance rénale chronique et la prévalence varie d'un pays à l'autre, 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.

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

Ainsi, Pour aborder la fonction sexuelle, il est important d'effectuer un passage sur les travaux apportés par la psychanalyse. Parmi ceux qui ont traité ce sujet n'est d'autre que Sigmund Freud, pour la psychanalyse, la sexualité ne correspond pas seulement aux activités et au plaisir procuré par l'appareil génital adulte, mais aussi tout un ensemble d'excitations et d'activités présentes dès l'enfance, qui procurent un plaisir irréductible à l'assouvissement d'un besoin physiologique fondamental (respiration, faim, reproduction sexuelle, fonction d'excrétion...). Il faut noter cependant que la fonction sexuelle ne consiste pas uniquement à obtenir du plaisir en assouvissant les besoins physiologiques, mais

toutes les pulsions libidinales. Aussi peut-on dire que l'enfant a une sexualité car il ressent du plaisir autrement que par la simple satisfaction de ce besoin, ce que Freud appelle le plaisir sexuel. Les moyens de satisfaction sont un des éléments qui caractérisent les différentes phases – oral, anal, phallique. (Venturini, 2014, p.48).

Freud a mis en œuvre les notions de base expliquant le développement sexuel chez l'enfant, en se basant sur des concepts comme ; le but sexuel de la pulsion infantile qui provoque la satisfaction par la stimulation, la libido qui est une énergie vitale, englobe nos désirs, nos envies, nos pulsions de vie, et généralement toute notre activité sexuelle concrète ou imaginaire. L'ensemble de ces notions, de même que leur évaluation clinique, illustrent bien l'attitude de base de la psychanalyse à l'égard de la sexualité en général.

C'est dans ce cadre que s'inscrit notre recherche intitulé la sexualité chez les hommes atteints d'une insuffisance rénale chronique, ayant pour but d'étudier la qualité de la vie sexuelle du patient hémodialysé avec sa partenaire. La théorie psychanalytique constitue la référence théorique de notre recherche car celle-ci s'intéresse à la relation d'objet qui caractérise les relations interpersonnelles.

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 :

- comment leurs rapports sexuels sont après cette atteinte ?
- La fonction sexuelle et ses éventuels troubles est-elle de même nature chez les hémodialysés ?

Hypothèse générale

L'insuffisance rénale chronique impacte la fonction sexuelle des hémodialysés.

Hypothèses partielles

1. Cette atteinte peut engendrer un dysfonctionnement au niveau de la sexualité de la personne.
2. le trouble de la fonction sexuelle chez les hémodialysés diffère d'un individu à l'autre.

Définition des concepts clés

1. Définition de l'insuffisance rénale chronique :

L'insuffisance rénale chronique est la diminution progressive et irréversible de la capacité des reins à assurer leurs fonctions de filtration du sang, de régulation de sa composition et de sécrétion d'hormones. Cette lente détérioration du fonctionnement des reins conduit à diverses complications, dont l'accumulation des déchets du métabolisme et de l'eau, l'anémie et les troubles cardiovasculaires. L'insuffisance rénale chronique est le plus souvent la conséquence d'une autre maladie, en particulier du diabète et de l'hypertension artérielle.(Quevauvilliers2009, p.805).

2. la sexualité

La sexualité est une tendance fondamentale commune à tout les être car elle a pour finalité la procréation et donc la pérennité de l'espèce. En dissociant la procréation et le plaisir, l'être humain a fait de sa sexualité une source d'épanouissement personnel, ou a l'univers, une cause de frustration, par l'échange des émotions et des sentiments, par le désir d'un plaisir partagé. (Delahaye, 1992, p.183).

Opérationnalisation des concepts

- ***Insuffisance rénale chronique***

- Une sensation de mal-être ; les vomissements, une perte de l'appétit, des maux de tête, une fatigue, un manque de sommeil.
- une diminution de la taille des reins.
- une augmentation du taux sanguin de créatine et d'urée.
- Les reins ne parviennent plus à éliminer des acides issus de la digestion des aliments qui s'accumulent dans l'organisme.

- ***La sexualité***

- Relation sexuelle.
- Source de plaisir.
- Désir sexuelle et son accomplissement.

- Pulsion sexuelle
- Relation intime
- La libido

Le choix et l'objectif de la recherche

Les raisons pour lesquelles on a choisit notre thème réside dans le fait que c'est une maladie connue du grand public, c'est-à-dire que tout le monde connaît l'insuffisance rénale chronique, mais rare sont ceux qui connaissent son impact ou bien ce qu'elle peut engendré sur la qualité de vie du malade notamment sur sa fonction sexuelle, on s'est penché sur ce registre car en Algérie la sexualité est un sujet tabou surtout autant que femme, c'est pour cela qu'on voulais casser les tabous et de chercher et comprendre comment cette maladie peut elle impacter sur la vie sexuelle des hommes atteints d'une insuffisance rénale chronique.

L'objectif principal de notre étude est de décrire et d'expliquer la qualité de vie sexuelle chez les hommes atteints d'une insuffisance rénale chronique, et de comprendre comment cette maladie chronique impact t'elle la fonction sexuelle chez ces malades, L'importance de cette étude réside à la fois dans son actualité pour enrichir les études, ainsi le manque d'accompagnement psychosomatique des hommes atteints de l'insuffisance rénale chronique qui vivent leurs souffrance en silence surtout en se qui concerne leurs vie sexuelle.

Partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Introduction

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

Notre travail devait être entamé par une pré enquête, une démarche descriptive, un choix précis des caractéristiques de la population d'étude par lequel on aurait 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.

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

1. La pré enquête et enquête

C'est une étape très indispensable pour toute notre recherche, elle nous permet 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 Hôpital 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. Malheureusement et vu la situation sanitaire dû au COVID 19 et aux mesures prises pour lutter contre cette épidémie sans précédent, nous n'avons pas pu concrétiser notre travail pratique qui devait se dérouler au sein de ce service.

Ainsi, durant notre enquête, il a été convenu que nous nous entretenions 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 pré enquête, cela y va de l'objectivité et de la scientificité de notre travail.

Notre investigation se serait composée 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 auraient été effectués en langue maternelle (kabyle) et aussi en français pour ceux qui maîtrisent cette langue.

2. La méthode descriptive

Dans notre recherche on allait adopter une méthode descriptive, elle se base sur l'étude de cas à travers l'observation, l'entretien clinique semi-directif.

La méthode descriptive : « ... essaie de décrire des phénomènes tel qu'il existent plutôt que de manipuler des variable pour tester les causes et leurs effets. » (Western, 2000, p.62).

De ce fait, notre étude se focaliserait sur les individus en situation d'hémodialyse en étudiant et évaluant leur vie relationnelle notamment sexuelle.

L'étude de cas

Dans notre travail de recherche on aurait opté (vu la situation sanitaire du à la crise COVID 19) 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).

3. Le Lieu de la recherche

Notre recherche devait s'effectuer 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. Mais malheureusement nous avons été dans l'incapacité de finaliser notre travail au niveau de ce service et cela à cause de la crise sanitaire COVID 19 que traverse le monde en cette période et les lois suspendant tout travail de recherche et stage pratique en milieu hospitalier.

4. La population d'étude

Comme déjà expliquer auparavant nous n'avons pas pu effectuer concrètement notre étude au sein de la structure hospitalière désigné mais néanmoins notre choix de population devait se présenter comme suite :

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 déterminée, 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.

II. les techniques utilisées

1. L'entretien clinique

Selon M.GRAWITZ, l'entretien est un mode de collecte de données : « c'est un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbal pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé ».

Le terme clinique est à l'origine du terme médical issu du grec KLINE qui signifie « lit ».

L'entretien clinique est la technique principale sur laquelle s'appuient les psychologues, qu'il soit visé thérapeutique ou d'évaluation ou encore dans un but de recherche, l'entretien se fonde sur la parole, cette dernière offre au patient et le clinicien en position de voir, écouter ce que le patient a à dire.

L'objectif principal de l'entretien clinique est d'appréhender et comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. Il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives. (KHACHRAOUI ET H. BENONY, 2003, p.141). Selon la qualité de notre recherche, l'entretien semi-directif s'impose.

L'entretien semi-directif

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien, il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquelles il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple.

De même dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant toute une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir développer son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent.

L'attitude de clinicien

Dans ce type d'entretien dans la mesure où s'est le clinicien qui cadre le discours, ce dernier n'est pas passif et ne se contente pas d'observer l'interlocuteur qui parle. Ainsi le clinicien a-t-il recours dans l'entretien clinique

à différents types d'intervention, les relances, les interrogations ou les reformulations. Les relances sont complémentaires du discours du sujet et elles le prennent pour support. Son intervention ne doit pas être avec une dose massive d'interrogations, cela perturbe le déroulement de l'entretien et entraîne alors une passivité chez le sujet.

Certaines questions directes peuvent être ressenties de manière intrusive par le sujet, il faut savoir alors les formuler. (KH. CHAHRAOUI ET H. BENONY, 2003, p143).

En parallèle on trouve C. CHILAND « signale que le clinicien se tait pour laisser l'autre parler et parle pour lui faciliter la parole ». (C. CHILAND, 1983, p23).

Guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré, il s'agit d'un « ensemble organisé de fonction, d'opérations et d'indication qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ».

Dans ce guide, le clinicien peut formuler la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance toutes fois celle-ci ne sont pas posées d'une manière directe, il s'agit d'avantage de thème à aborder que le chercheur connaît bien. (H. BENONY ET KH. CHAHRAOUI, 1999, p69).

Informations sur le sujet

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Comment, et en quelle année avez-vous découvert votre maladie ?

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

Cet axe a pour but de nous informer de la vision qu'a le patient de sa maladie ses complications et s'il est atteint par d'autres maladies ainsi que l'observance thérapeutique interne et externe.

- Comment avez-vous reçu l'annonce de votre maladie pour la première fois ?
- Comment avez-vous pris cette nouvelle (annonce de votre maladie) ?
- D'après vous qu'aurait été la cause de votre maladie ?
- Comment s'est développée votre maladie jusqu'à ce stade ?
- Comment avez-vous vécu votre première séance de dialyse ?
- Comment vous sentez vous avant et après une séance de dialyse ?
- Avez-vous des complications lors de séances d'hémodialyse ?
- Avez-vous d'autres maladies ou complications qui accompagnent cette maladie ?
- Etes-vous consommateur de tabac ou d'alcool ou les deux au même temps ?
- Exercez-vous une activité physique quelconque régulière ? Laquelle ? comment vous sentez vous après cette activité ?
- Etes-vous sous régime alimentaire ? si oui, le respectez-vous ?
- Selon vous votre traitement est-il efficace ?

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

Cet axe nous permet de connaître les antécédents du patient.

- Durant votre enfance surtout, tombiez-vous souvent malade ?
- Avez-vous une maladie de naissance ?
- Avez-vous une autre maladie chronique ? si oui laquelle ? et à quel âge l'avez-vous découverte ?
- Comment a été votre prise en charge ?
- Avez-vous déjà été victime d'un accident ou d'une blessure quelconque ?
- Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi une intervention chirurgicale ?
- 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.

- Comment les membres de votre famille réagissent à votre maladie ?
- Comment était votre relation affective avec votre femme avant la maladie ? qu'en est-il maintenant ?
- En étant hémodialysé, éprouvez-vous un désir ou une envie sexuelle envers votre femme ?
- Avez-vous des difficultés ou problèmes particuliers pour accomplir l'acte sexuel ? Les quels selon vous ?
- Quel est le rythme de vos rapports sexuels ?
- Etes-vous satisfait ? qu'en est-il pour votre femme ?

- 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 posées.

- Avez-vous des souvenirs sur des événements particuliers qui vous ont marqué ? Quelle est leur nature ? A quelle tranche d'âge les avez-vous vécus ?
- Quels sont vos mauvais souvenirs ?
- Vos meilleurs souvenirs ?
- Faites-vous des rêves souvent ? pouvez-vous nous en parler ?
- Comment été votre sommeil avant la maladie ? et maintenant ?
- quelle est votre vision de 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.

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 fantasmatique 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).

Chapitre V : Présentation et analyse des résultats

Introduction

Suite à la situation sanitaire dû au COVID 19 et au mesures prise pour lutter contre cette épidémie, nous n'avons pas pu concrétiser notre travail pratique qui devait se dérouler en cette période critique, c'est pour cela qu'on a opté pour les études antérieurs qui sont consacrées a la présentation des études déjà réalisées par des chercheurs dans le domaine de notre recherche.

Analyse et discussion des études antérieure

- **Etude de mérabet yazid –taher hassane**

Une recherche élaboré par « mérabet yazid –taher hassane », qui s'intitule « *la vie sexuelle des hommes mariés atteint d'un cancer de la prostate* » elle a été publiée en 2018, université de Bejaïa .

L'objectif de cette recherche est de décrire et d'expliquer la qualité de vie sexuelle chez ces hommes mariés, en investissant un indicateur clinique de la qualité de vie qui est la satisfaction sexuelle. Cette étude a pour autre objectif d'analyser les différents niveaux de satisfaction sexuelle globale et l'impact du cancer de la prostate sur la qualité de vie. Et comment celles-ci peuvent interférer, ou non, avec la capacité sexuelle après un cancer *de la prostate*.

à travers la tentative de répondre à l'ensemble des questions suivantes : Quel est le niveau de satisfaction sexuelle globale chez les hommes mariés atteints d'un cancer de la prostate ? et comment les complications et les effets indésirables peuvent-ils affecter la vie sexuelle ? quel est le retentissement de la passivité de la partenaire et le manque de son soutien sur la vie sexuelle des hommes mariés atteint du cancer de la prostate ?

La méthode retenue dans cette recherche est une méthode clinique destinée à répondre à des situations concrètes des sujets souffrants, de comprendre, de décrire et d'analyser l'impact du cancer de la prostate sur la vie sexuelle des hommes mariés. En se munissant d'un entretien clinique semi directif, et d'une échelle conçue par Comeau et Boisvert qui est l'échelle de satisfaction sexuelle (ESS), Cette échelle comprend 25 items qui permettent de mesurer des aspects reflétant la qualité des échanges sexuels et des facteurs antécédents ou conséquents à la satisfaction sexuelle.

Ce travail de recherche est effectué auprès de sept hommes mariés âgés entre 58 ans à 80 ans atteints du cancer de la prostate suivants une hormonothérapie au sein du service d'oncologie de l'hôpital d'amizour wilaya de Bejaïa.

Les résultats de la recherche

D'après les résultats de cette recherche, Tous ces cas présentent un niveau de satisfaction sexuelle bas et souffrent de l'impact négatif des complications de leur cancer et ses traitements sur leur sexualité. le nombre d'hommes atteints d'un cancer de la prostate est en constante augmentation. De ce fait, cette maladie affecte l'homme ainsi que son entourage le plus proche, parmi les sphères les plus touchées par cette maladie on constate la santé sexuelle suite à l'impact de ce cancer sur les composantes de la sexualité à savoir le désir, l'excitation, l'érection, l'éjaculation ainsi que l'orgasme. Apprendre qu'il est atteint d'un cancer de la prostate constitue pour l'homme une réelle blessure narcissique qui cristallise une perte de virilité et de fertilité, ainsi qu'une incapacité à séduire comme avant, la perte de l'impulsivité masculine causée par les traitements hormonaux constitue pour le malade une perte de la toute-puissance d'avant la maladie, Plus particulièrement le cancer de la prostate affecte à un degré très élevé la qualité de vie sexuelle et la satisfaction sexuelle chez ses hommes malades.

Pour conclure la sexualité est une composante importante dans la vie de l'être humain qui peut être source de bien être comme elle peut susciter des angoisses, cette dimension psychologique, psychanalytique est manifestée par les satisfactions, ainsi que par les insatisfactions liées aux dysfonctionnements sexuels causés par la maladie cancéreuse (le cancer de la prostate).

- **Etude d'IBARISSEN Yasmine**

Une étude élaborée par « Ibarissen Yasmine », qui s'intitule « Aspect psychosomatique de l'hystérectomie, Quel impact sur la sexualité? » Cette recherche a été publiée en 2018, université de Bejaïa.

Cette recherche a pour objectif de chercher et de mieux connaître la souffrance engendrée par cette maladie qui débute déjà par les souffrances physiques accompagnée du vécu avec la maladie, et spécifiquement l'impact de cancer de l'utérus sur la vie sexuelle de la femme. L'importance de cette étude réside à la

fois dans son actualité pour enrichir les études, ainsi le manque d'accompagnement psychosomatique des femmes atteintes du cancer de l'utérus qui vivent leurs souffrance en silence surtout se qui concerne leurs vie sexuelle. Cette étude a pour autre objectif de vérifié l'impacte de l'hystérectomie sur le soma et le psyché ainsi que sur la vie sexuelle chez les femmes atteintes du cancer de l'utérus. En essayant de répondre aux questions suivantes: Comment les femmes voient leurs corps après ces atteintes?, Comment leurs rapports sexuels sont après cette atteinte?, Comment les femmes atteinte du cancer de l'utérus vois leur vie au niveau de la société.

Pour cette recherche ils ont opté pour la méthode clinique parce que c'est une méthode qui permet à comprendre et à observer la conduite des sujets de recherche et surtout à les étudier de manière singulière de ce fait, ils ont fait appel à l'entretien clinique qui est un outil indispensable pour avoir accès aux informations subjectives des individu et a l'échelle de satisfaction sexuelle , c'est un questionnaire qui a pour but de mesurer le degré de satisfaction que la personne retire des relations sexuelles avec son partenaire.

Cette étude s'est effectuée auprès de cinq femmes mariées âgés entre 44 ans à 59 ans Atteints du cancer de l'utérus suivants une chimiothérapie au sein du service d'oncologie de l'hôpital d'Amizour wilaya de Bejaïa. Selon des :

Critères d'inclusion:

- Les sujets de recherche doivent être diagnostiqués d'un cancer de l'utérus.
- Les sujets de la recherche doivent être mariés et ayant un partenaire active sexuellement.
- Un certain niveau d'étude
- Métrise de la langue française
- Femmes d'un certain âge qui ne dépasse pas 60 ans

Critères d'exclusion:

- les femmes ayant plus de 60ans, car ils ne sont plus active sexuellement et elle quitte le lit conjugale.
- Les femmes avec aucun niveau d'étude (illettré, analphabète)
- Les femmes qui n'ont aucune activité sexuelle
- Les femmes divorcées

- Les femmes qui ne métrisent pas la langue Française.

Les résultats de la recherche

D'après les résultats de l'entretien et de l'échelle de satisfactions des rapports sexuelles Tous les cas ont présenté une problématique au niveau de leurs vies sexuelles causées par l atteintes (cancer de l'utérus hystérectomie)

Le cancer de l'utérus fait partie des maladies graves qui bouleversent totalement la vie des femmes, qui les affectent sur tous les plans, la vie quotidienne, les relations sociales, la vie professionnelle et la vie conjugale, précisément « la vie sexuelle ».Le cancer de l'utérus influence non seulement la femme atteinte mais également les autres membres de la famille ainsi que son environnement et son entourage en générale. La perte de l'utérus engendre une perturbation et une influence négative de l'image de corps qui impact la vie sexuelle, L'origine des difficultés sexuelles est donc diverse, il est impossible de généraliser ce que vont vivre les femmes au sujet de leur sexualité, beaucoup de facteurs peuvent entrer en ligne de Compte, il y a d'abord l'histoire de vie de chacune et son histoire sexuelle. Il y ale diagnostic ensuite le pronostic en lien avec cette situation, «l'hystérectomie» associée à un vécu de mutilation et les femmes ont le sentiment d'une altération de leur image de corps et de leur identité féminine, puis interviennent les traitements, la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie et les autres traitements médicamenteux qui ont un impact sur la sexualité des femmes.

- **Etude d'OURARI Kaci**

Une recherche élaborée par « OURARI Kaci», qui s'intitule « La vie sexuelle chez les hémodialysés » *elle a été publiée en 2017*, université de Bejaïa.

Cette 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 utilisée dans cette étude 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. Et cela à travers la tentative de répondre à l'ensemble des questions suivantes : Quelles sont les caractéristiques de la vie sexuelle chez les dialysés à partir du test du TAT ?

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

La méthode retenue dans cette recherche est une méthode clinique destinée à 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

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

Dans ce travail de recherche il est opté pour l'étude de cas qui nous permet d'analyser, d'observer, et d'explorer les profondeurs des cas de la population d'étude. Cette dernière, comprend quatre sujets sélectionnés sur des bases précises d'homogénéité, qui sont comme suit :

- Pour tous les sujets l'insuffisance rénale chronique est déterminée, 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.

La recherche en question 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.

- **Les résultats de la recherche**

D'après les résultats de cette recherche ;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.

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

- 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.
- Attachementaux 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.

- **Etude de LORRAINE ORY**

Une recherche élaboré par « LORRAINE ORY », qui s'intitule « *Maladie d'Alzheimer et sexualité ; Scripts et représentations des familles et du personnel soignant* » thèse de doctorat publiée en 2018, université Paris 8 Vincennes Saint-Denis.

Cette recherche doctorale se propose d'apporter un regard constructiviste à l'objet « Alzheimer et sexualité », en s'intéressant aux différentes manières dont les membres de la famille et les professionnels de la santé perçoivent la sexualité des personnes labellisées Alzheimer (PLA). Quarante-trois entretiens ont été réalisés auprès de ces deux groupes et ont été analysés dans une perspective de théorisation ancrée. Fondé sur une articulation de la théorie des scripts de la sexualité et celle des représentations sociales, ce travail présente dans une première partie une typologie de représentation, majoritairement normalisées, des PLA.

La seconde partie montre que les scripts et représentation ne sont pas mobilisés de la même manière par les professionnels de santé et par les familles, les conduisant à concevoir la sexualité respectivement comme problématique et comme accessoire. Enfin, la dernière partie propose une analyse des subjectivités replacées dans leur contexte social, restituant la singularité et la complexité des positions individuelles des professionnels de santé et des membres de la famille.

Ce travail permet finalement d'éclairer les mécanismes de construction de l'altérité, conduisant à des formes d'âgisme et de valdisme qui se manifestent par l'interdiction de la sexualité des PLA, par sa limitation, ou par son caractère impensable.

La méthode utilisée dans cette thèse est une méthode qualitative privilégiant l'entretien pour investiguer, dans une optique clinique et de recherche. Il ne s'agit pas pour autant de mettre au rebut les méthodes quantitatives, mais de choisir des objets de recherche en adéquation avec des affinités épistémologiques propres ; le recours à l'analyse qualitative étant dicté par la problématique. Dans le cadre de cette recherche, étant donné qu'il s'agit de tenter d'accéder à la manière dont les individus construisent des représentations, la démarche qualitative semble incontournable.

- **Les résultats de la recherche**

Cette thèse amène à quelques constats et interrogations en ce qui concerne l'objet « sexualité ». Les deux groupes enquêtés n'appréhendent pas ce que recouvre la sexualité de la même manière. Chez les professionnels de santé par exemple, comme dans la littérature professionnelle et scientifique dominante

dédiée, la sexualité de PLA est d'abord envisagée sous un angle comportemental, tandis que la dimension du désir est plus fréquente chez les membres de la famille, bien que la dimension comportementale soit également présente. La diversité des points de vue relatifs à la sexualité des PLA vient rappeler qu'il s'agit bien là de représentation, traduisant le positionnement des personnes qui les énoncent.

L'hétéro normativité, soit la présomption de l'hétérosexualité superposée à une représentation binaire et naturelle du genre, en est un exemple. L'homosexualité n'est pourtant pas complètement absente des entretiens : elle a pu être mentionnée, brièvement, par quelques professionnels de santé. Il serait tentant d'affirmer que l'interrogation de la sexualité des PLA, construite comme une marge, laisse voir avec acuité la persistance de normes dominantes de la sexualité. L'application de ces normes construit alors la sexualité des PLA comme étant déviante ou malvenue.

Cependant, d'autres normes, telles que l'exclusivité, semblent faire l'objet de plus de souplesse dans leur traitement, tant du côté des professionnels de santé que des conjoints. Les caractéristiques des PLA sont alors convoquées pour justifier d'un réaménagement de la norme de l'exclusivité, de telle sorte que ce réaménagement fonctionne comme une norme intrinsèque au groupe de PLA, lorsqu'il s'agit d'appréhender leur sexualité. Finalement, l'normalisation peut se construire tant l'extériorité des PLA à certaines normes que dans l'affirmation d'une altérité des PLA autorisant à un réaménagement des normes. Ainsi, si la sexualité peut être appréhendée du côté des pratiques et de l'expérience, elle est aussi représentation et discours, permettant et traduisant l'exercice d'un pouvoir qui ne se manifeste pas uniquement dans l'interdit ou le déni.

Conclusion

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.

Dans notre travail de recherche intitulé « la vie sexuelle chez les hémodialysés », nous avons choisi de nous focalisé sur une variable du 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.

Malheureusement et vu la situation sanitaire dû au COVID 19 et au mesures prise pour lutter contre cette épidémie sans précédent, nous n'avons pas pu concrétiser notre travail pratique de recherche, qui devait se dérouler au sein du servicede l'établissement public hospitalier Frantz Fanon faisant partie du Centre Hospitalo Universitaire CHU de Bejaia.

Durant notre recherche théorique et en se basant sur les études antérieures faites sur notre thème, 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.

Selon les études antérieures, 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.

Pour ce qui est de la deuxième hypothèse nous avons, malheureusement, pas pu effectuer une étude pratique et cela est dû, comme déjà précisé auparavant, à la situation sanitaire et des mesures prises à cause du COVID19.

Néanmoins, en se basant sur les études antérieures on peut dire que 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.

Liste Bibliographique

1. Anzieu, D., et Coll. (1961). Les méthodes projectives. Dunod, Paris, France.
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>
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.

Annexes

Annexes 1 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins structurer, il s'agit d'un « ensemble organisé de fonction, d'opérations et d'indication qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer».

Dans ce guide, le clinicien peut formuler la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujet, elle est généralement soigneusement préparer et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématique à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance toutes fois celle-ci ne sont pas posé d'une manière directe, il 's'agit d'avantage de thème à aborder que le chercheur connait bien. (H.BENONY ET KH. CHAHRAOUI, 1999, p69).

Informations sur le sujet

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Comment, et en quelle année avez-vous découvert votre maladie ?

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

Cet axe a pour but de nous informer de la vision qu'a le patient de sa maladie, ses complications et s'il est atteint par d'autres maladies ainsi que l'observance thérapeutique interne et externe.

- Comment avez-vous reçu l'annonce de votre maladie pour la première fois ?
- Comment avez-vous pris cette nouvelle (annonce de votre maladie) ?
- D'après vous qu'aurait été la cause de votre maladie ?
- Comment s'est développée votre maladie jusqu'à ce stade ?
- Comment avez-vous vécu votre première séance de dialyse ?
- Comment vous sentez vous avant et après une séance de dialyse ?
- Avez-vous des complications lors de séances d'hémodialyse ?
- Avez-vous d'autres maladies ou complications qui accompagnent cette maladie ?
- Etes-vous consommateur de tabac ou d'alcool ou les deux au même temps ?
- Exercez-vous une activité physique quelconque régulière ? Laquelle ? comment vous sentez vous après cette activité ?
- Etes-vous sous régime alimentaire ? si oui, le respectez-vous ?
- Selon vous votre traitement est-il efficace ?

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

Cet axe nous permet de connaître les antécédents du patient.

- Durant votre enfance surtout, tombiez-vous souvent malade ?
- Avez-vous une maladie de naissance ?
- Avez-vous une autre maladie chronique ? si oui laquelle ? et à quel âge l'avez-vous découverte ?
- Comment a été votre prise en charge ?
- Avez-vous déjà été victime d'un accident ou d'une blessure quelconque ?
- Avez-vous déjà été hospitalisé ou subi une intervention chirurgicale ?
- 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.

- Comment les membres de votre famille réagissent à votre maladie ?
- Comment était votre relation affective avec votre femme avant la maladie ? qu'en est-il maintenant ?
- En étant hémodialysé, éprouvez-vous un désir ou une envie sexuelle envers votre femme ?
- Avez-vous des difficultés ou problèmes particuliers pour accomplir l'acte sexuel ? Les quels selon vous ?
- Quel est le rythme de vos rapports sexuels ?
- Etes-vous satisfait ? qu'en est-il pour votre femme ?

- 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

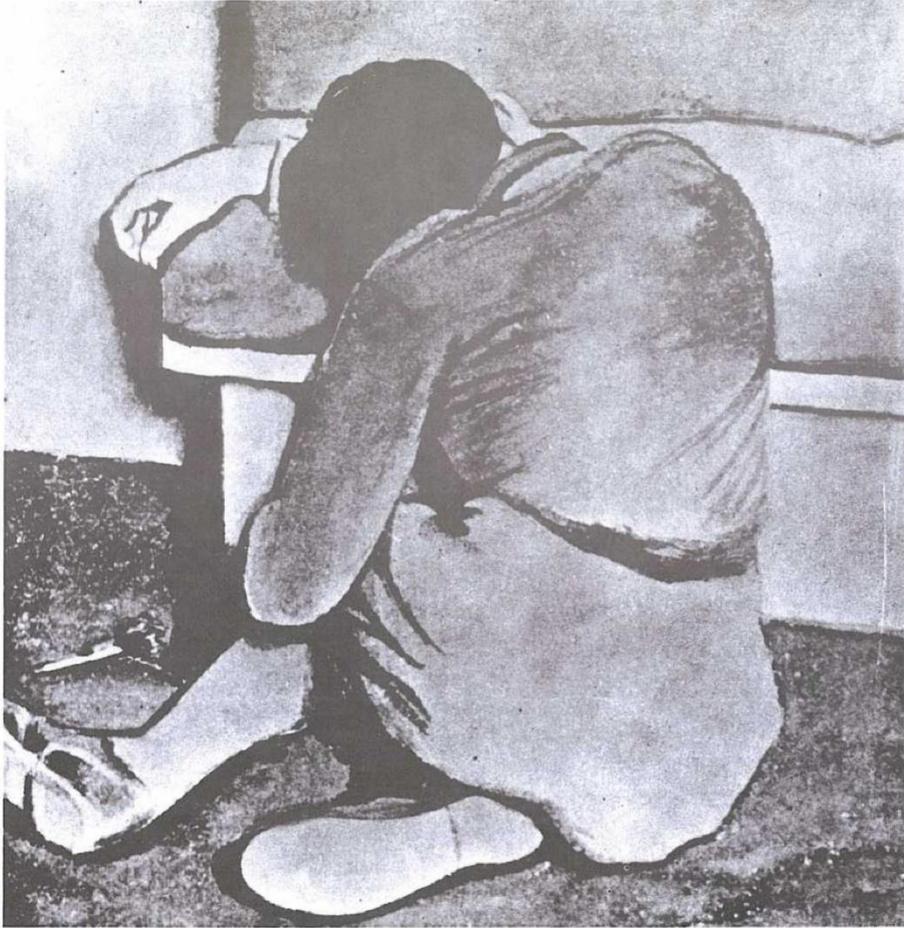
Cet axe nous permet de cerner le vécu psychologique du patient, et dégager sa gestion des excitations externes voir les traumatismes, la fluidité et la richesse ou carences des réponses par rapport aux questions posée.

- Avez-vous des souvenirs sur des événements particuliers qui vous ont marqué ? Quelle est leur nature ? A quelle tranche d'âge les avez-vous vécus ?
- Quels sont vos mauvais souvenirs ?
- Vos meilleurs souvenirs ?
- Faites-vous des rêves souvent ? pouvez-vous nous en parler ?
- Comment été votre sommeil avant la maladie ? et maintenant ?
- quelle est votre vision de 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.

Annexe 2 : Planche TAT



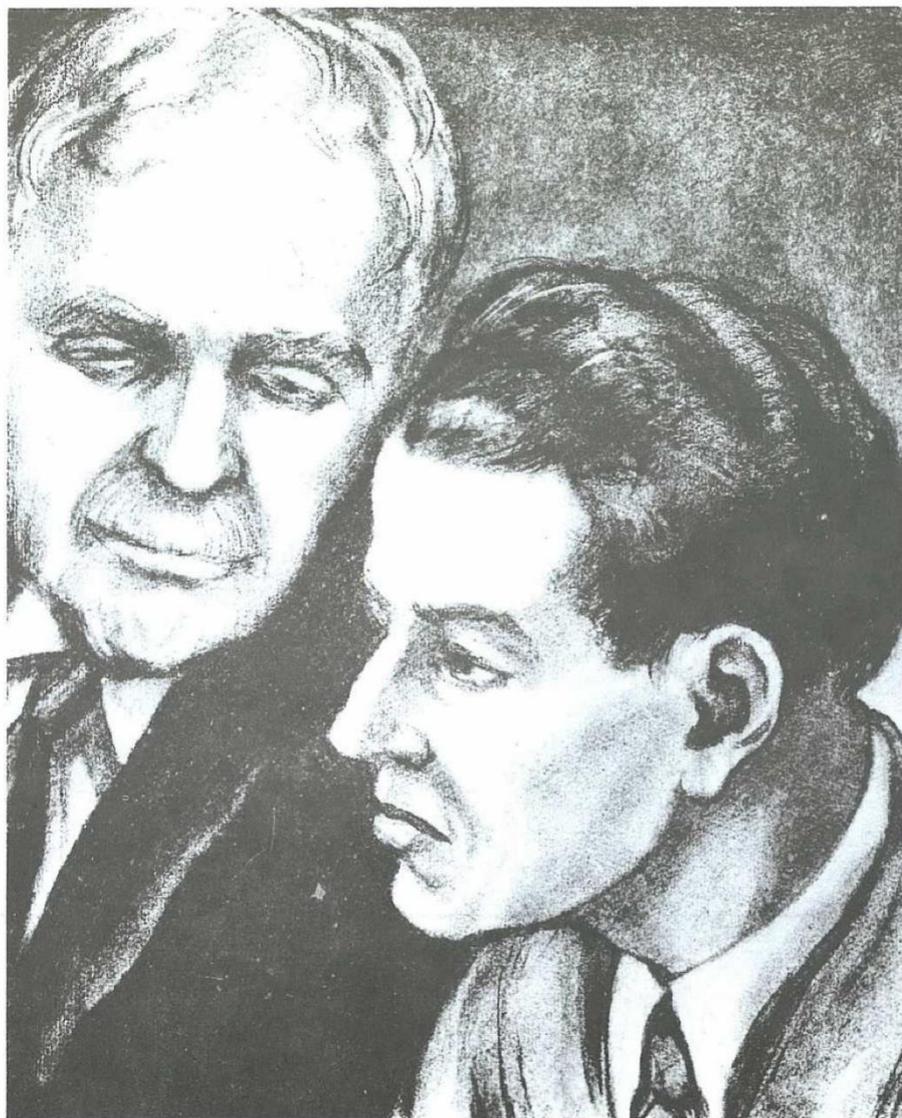












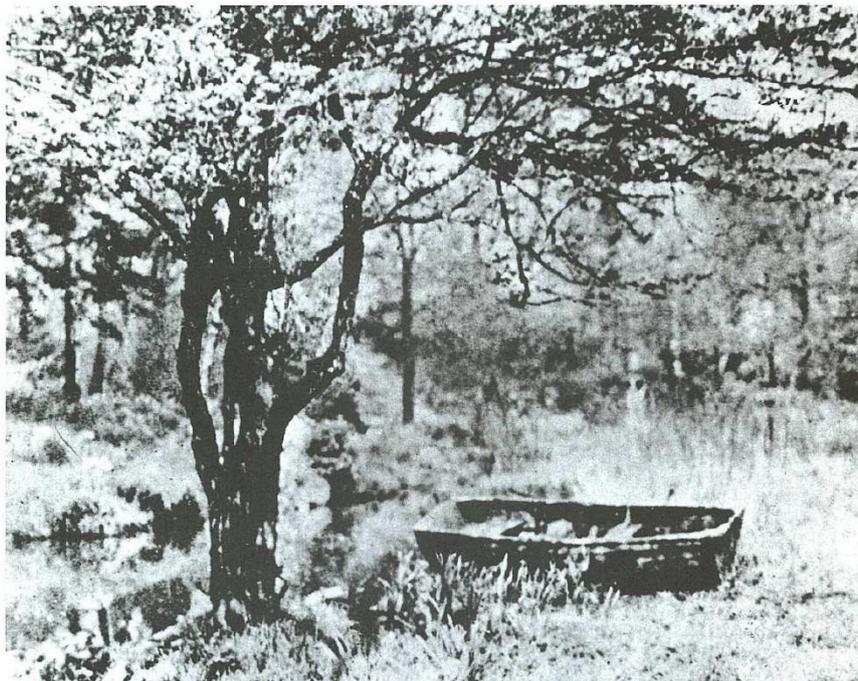


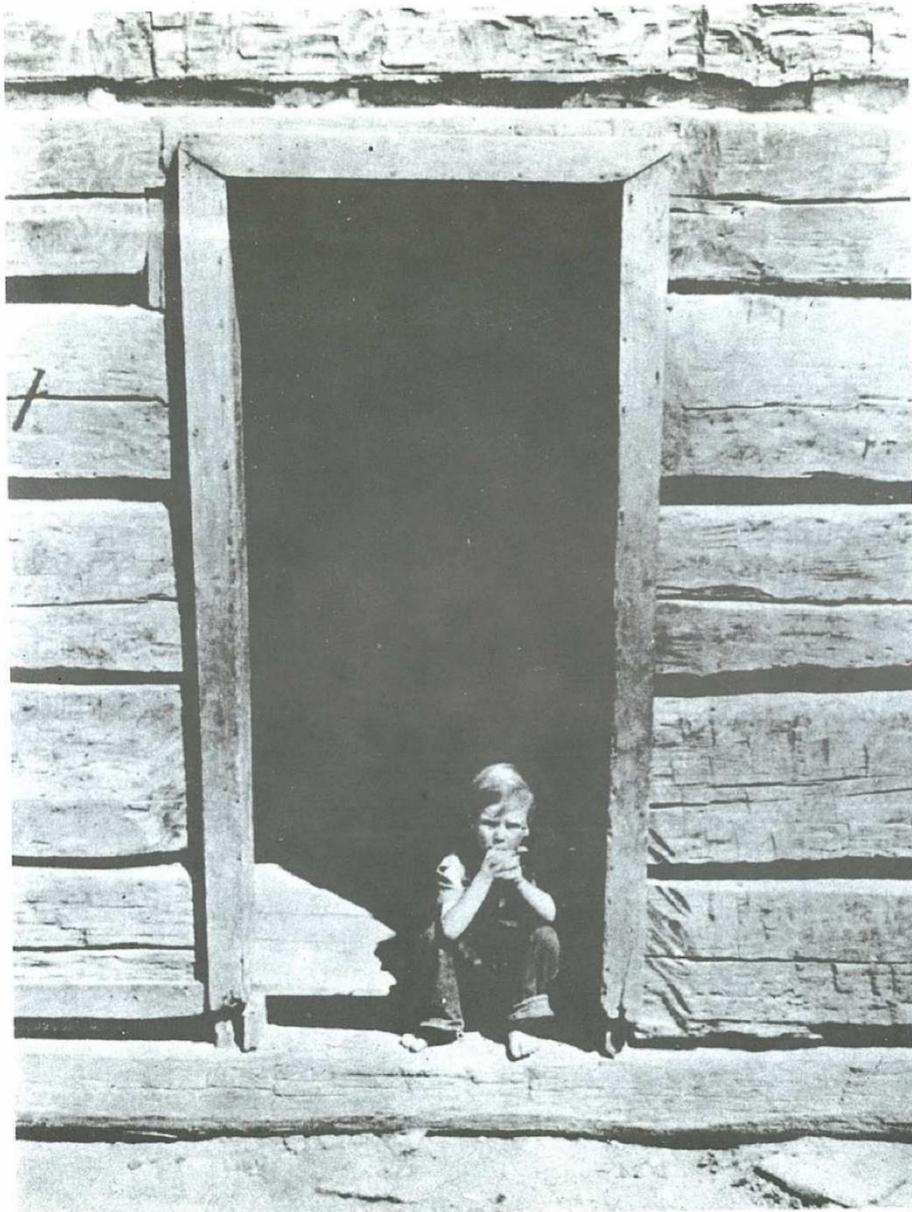


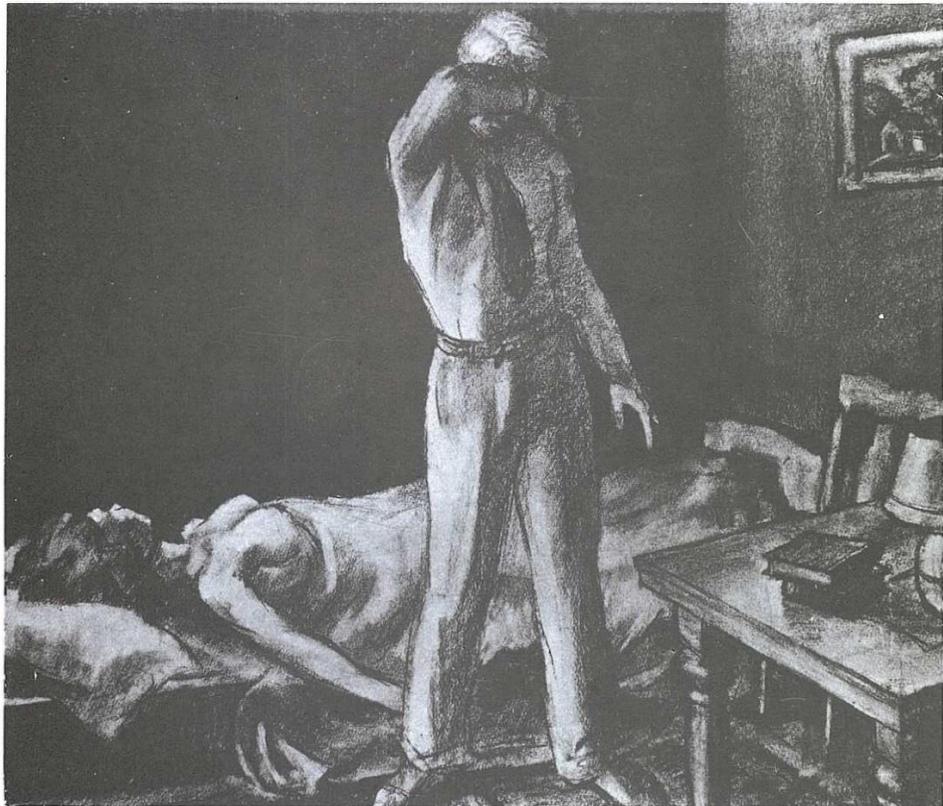


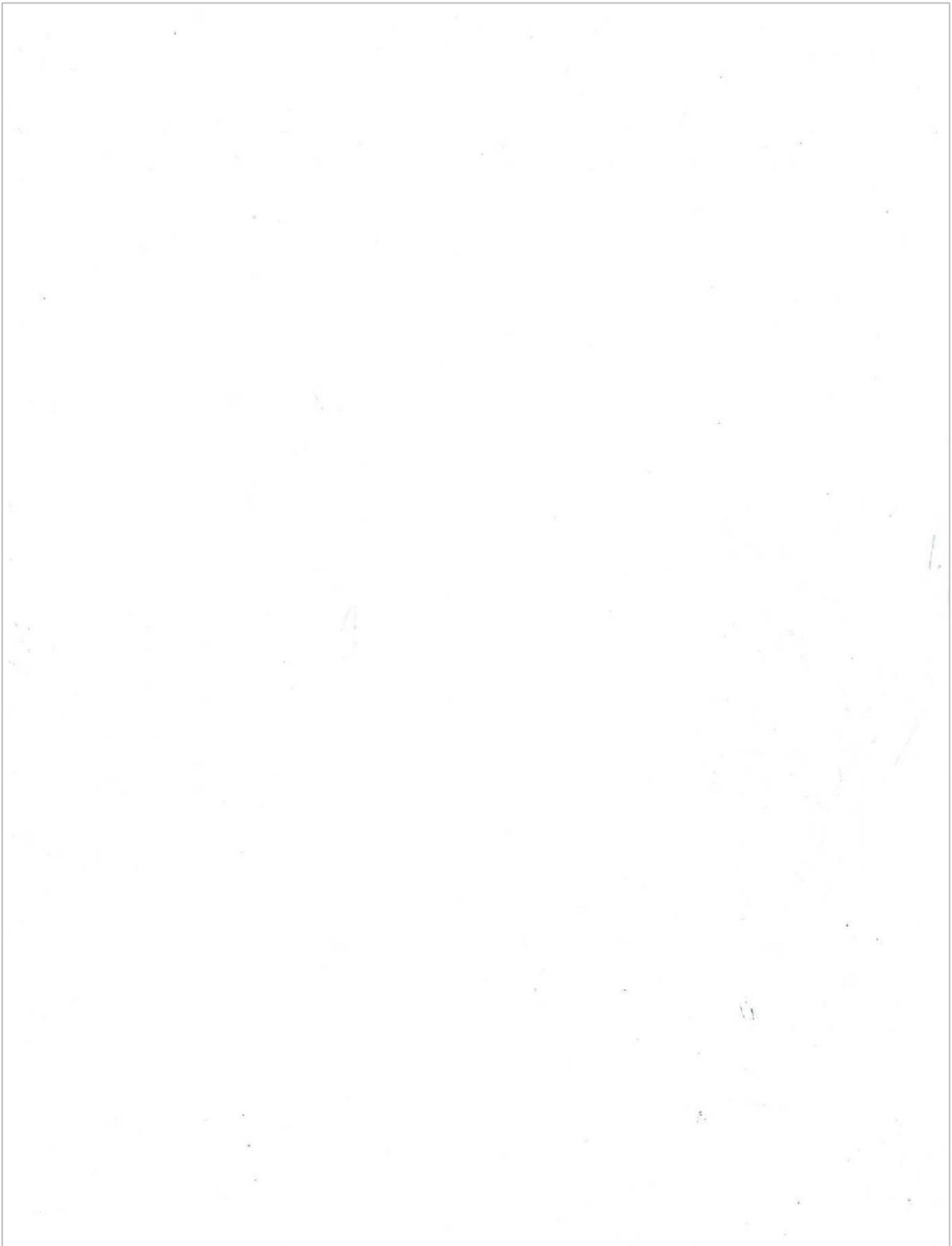














La vie sexuelle chez les hommes atteints d'insuffisance rénale

Résumé

L'insuffisance rénale chronique est la résultante de la perte progressive des fonctions du rein. Elle se traduit par un ensemble d'altérations biologiques, regroupées sous le terme d'urémie chronique, c'est une atteinte des reins qui par la suite entraîne une détérioration de leur capacité de filtration. Cela se traduit par une accumulation de déchets de l'organisme dans le sang, notamment de l'urée et de la créatinine. La personne atteinte ne souffre pas, ne se rend pas vraiment compte jusqu'à l'arrivée au stade finale, ou les symptômes apparaissent, s'accroissent, deviennent irréversibles

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

Mot clés : insuffisance rénale, sexualité.

Abstract :

Chronic renal failure is the result of the progressive loss of kidney function. It results in a set of biological alterations, grouped together under the term chronic uremia, it is an impairment of the kidneys which subsequently leads to a deterioration of their filtration capacity. This results in a buildup of body wastes in the blood, including urea and creatinine. The affected person does not suffer, does not really realize until reaching the final stage, or the symptoms appear, get worse, become irreversible

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

Keywords : renal failure, sexuality.

ملخص:

يحدث الفشل الكلوي المزمن نتيجة فقدان التدريجي لوظائف الكلى. ينتج عن مجموعة من التعديلات البيولوجية ، مجموعة معًا تحت مصطلح التبول المزمن ، وهو ضعف في الكلى يؤدي لاحقًا إلى تدهور قدرتها على الترشيح. ينتج عن هذا تراكم فضلات الجسم في الدم ، بما في ذلك اليوريا والكرياتينين. المصاب لا يعاني ، لا يدرك حقًا حتى الوصول إلى المرحلة النهائية ، أو تظهر الأعراض ، تسوء ، وتصبح غير قابلة للعكس.

مثل أي مرض مزمن ، يمكن أن يكون للفشل الكلوي تداعيات أو حتى مضاعفات مثل فقر الدم والسكري واضطرابات تخثر الدم (النزيف) ، كما أن فقدان القدرة الكلوية يسبب خللاً جنسيًا واختلالًا في التوازن ، حيث يعاني الكثير من الناس في صمت لأنه من المحرمات موضوع في مجتمعنا. بالإضافة إلى ذلك ، أبلغ العديد من مرضى غسيل الكلى عن معاناتهم من صعوبات جنسية أثناء إجراء غسيل الكلى والتي لم يتعرفوا عليها سابقًا ، فهذه عبارات يجب أخذها في الاعتبار ، ولهذه الأسباب نعتبر أنه من الضروري معالجة أو فهم هذه المساحة المحددة لحياة غسيل الكلى والتي هي الوظيفة الجنسية.

الكلمات المفتاحية: الفشل الكلوي ، الجنس .