



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

*Université Abderrahmane Mira – Béjaïa
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

Le fonctionnement mental des insuffisants rénaux ayant plus de 20 ans en hémodialyse

Présenté par :

Mlle MEBARKI Fatima

Mlle NABET Sonia

Encadré par :

Pr. SAHRAOUI. A

Année 2019/2020

REMERCIEMENTS

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

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

Evidemment notre encadreur, Professeur A. Bacha née Sahraoui qui a suivi et encadré notre travail de mémoire, pour ces précieux conseils et son aide.

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

Nous exprimons notre gratitude aux membres de jury d'avoir consacré le temps qu'il fallait pour lire et corriger ce mémoire.

Dédicaces

Dans ce travail très modeste avec qui j'ai clôturé mon cursus universitaire et qui représente une conclusion de ma formation au sein de cette université ; je tien a le dédier en premier lieu à mes parents qui ont tellement tenue à ce que je termine mes études de suite a M.S mon future marie qui m'a encourager et accompagner tout au long de ce cursus et qui m'a soutenue cœur et âme et à mes frère et mes sœurs et mes grand parents paternel et maternel pour leur sage conseilles.

Aussi sans oublier Farah ma tendre nièce que j'aime beaucoup.

Mébaraki Fatima

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

A mes parents, aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de l'amour dont ils ne cessent de combler. Que dieu leur procure bonne santé et longue vie.

A celles que j'aime beaucoup et qui ma soutenue toute au long de ce projet ma grande sœur Rouzina et ma chère grande mère Tassadith.

A mes frères lamine, Fatah, et mon petit neveu Acheraf.

A mes tantes Rabiha, Razika, Fouzia, Nadia, Malika.

A mes cousines Zina, Lyna, Souhila, Fadhila, Nina.

A mes oncles : fares, Amine, Nazim, Boudjmaa, Haman, Bouelam,

Kamal, Houssam, Walid

A mes amies Wafa.R, Saloua.B et ma binôme Fatima et toute sa famille,
et a tous mes camarades étudiants.

Nabet Sonia

Sommaire

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

Partie théorique

Chapitre I : L'insuffisance rénale

Introduction	05
I) Anatomophysiologie du rein	05
II) Définition de l'insuffisance rénale.....	06
III) Les différents types de l'insuffisance rénale.....	06
IV) Les causes de l'insuffisance rénale	07
V) Diagnostique de l'insuffisance rénale.....	08
VI) Traitements de l'insuffisance rénale	08
VII) Epidémiologie de l'insuffisance rénale.....	10
VIII) L'insuffisance rénale chronique en Algérie.....	11

Chapitre II) : vécu psychologique

I) Aspects psychologique face à la maladie	14
II) Le vécu de la dialyse.....	16
III) Mécanismes de défense des hémodialysés	20
IV) L'adaptation	21
V) L'espoir à la transplantation.....	22

Chapitre III : Les concepts essentiels de la théorie psychosomatique

I)	Le point de vue historique de la psychosomatique.....	25
II)	Les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique	25
III)	Classification psychosomatique de P.Marty.....	37
	• Des apparences inorganisation	37
	• Désorganisation progressive.....	38
	• Régression globales	38
	• Les régressions partielles.....	38
IV)	Psychosomatique et hémodialyse	38

Chapitre IV) : Problématique et hypothèses.....42

Partie méthodologique

Chapitre V : la méthodologie

Introduction	53
I) Déroulement de la recherche et population d'étude.....	53
1- le lieu de la recherche.....	53
2- La pré-enquête	53
2-1 illustration d'un cas clinique.....	54
3-La méthode clinique	63
II) Les techniques utilisées.....	66
1- l'entretien clinique	66
2- Le test de Rorschach.....	71
III) L'analyse des techniques utilisées.....	73
1- Les données de l'entretien clinique	73
2- L'analyse du protocole Rorschach	74

Conclusion.....	77
Conclusion générale	79
Bibliographie.....	82

Introduction générale

La santé est la condition de possibilité physiologique et psychologique pour pouvoir participer à la vie commune. Les soins et intervention de santé sont jugés nécessaires chaque fois que d'une manière ou d'une autre, un individu est empêché de partager ou d'améliorer sa vie dans ses rapports avec l'ensemble sociale où il a à prendre place.

Haynala, Pasini et Archinard conçoivent eux la santé et la maladie comme la résultante de ligne de force, biologique, psychologiques et sociales. La conception uni-cause des maladies a cédé la place à une perceptive multifactorielle.

La distinction entre maladie physique ou somatique et maladie mentale reste, elle aussi, difficile à argumenter : la recherche psychosomatique, qui cherche à relier les deux, n'échappe pas à cette difficile séparation et reste muette devant certaines manifestations cliniques.

La maladie chronique est une condition chronique irréversible responsable d'une série d'anomalie biochimique, clinique et métabolique qui est directement ou indirectement liées à des taux élevés d'hospitalisation et de morbi-mortalité. En plus des chocs émotionnels ressentis au moment du diagnostic et au cours de traitement, les patients souffrent de plusieurs difficultés professionnelles, sociales, sexuelles et psychologiques.

L'insuffisance rénale chronique terminale est une priorité de santé publique. Si la greffe rénale représente dans l'absolu la meilleur option thérapeutique, tant en termes des qualité de vie pour le patient qu'en termes de coût pour la société, elle ne peut être réalisée pour l'ensembles des patients en insuffisance rénale terminale, et ce pour de nombreuses raisons comme les comorbidité associées, la disponibilité de griffons.

D'après les données de rapport annuel rein 2015, au 31 décembre 2015, l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) touche en France 82 293 personnes nécessitant un traitement de suppléance, la dialyse ou la greffe. Environ 46% des personnes en insuffisances rénale chronique terminale sont porteuses d'un greffon rénale fonctionnel (36 433) et 54% sont en dialyse (45 860). Parmi les 40860 patients en dialyses, 42 909 sont en hémodialyse (93.5%) et 2951 sont en dialyse péritonéale (6.5%). (<http://rein-echos.info>).

Notre thème de recherche est sur le fonctionnement mental chez les insuffisantes rénaux chroniques ayant plus de 20ans en hémodialyse.

Dans notre étude nous nous sommes référés à la théorie psychosomatique P. Marty, cette théorie psychosomatique dans le but d'appréhender le fonctionnement mental chez les insuffisantes rénaux chroniques

Selon Pierre Marty « l'homme est psychosomatique par définition ». Ainsi toutes les maladies peuvent être considérées comme des maladies psychosomatiques sous l'influence de force somatique, psychologique, économique, sociale, culturelle etc.

La psychosomatique considère dans les mouvements psychiques et somatiques ainsi que les relations entre ces mouvements chez les malades somatiques. Elle aurait intérêt à étudier également les rapports dynamiques sans doute harmonieux du psychique et somatique chez les sujets bien portant selon leur âge, Ainsi que les dysormonies mineurs de ces rapports les «variations de la normalité » dont parle L.Kreisler.

On a donc adopté la théorie de Pierre Marty pour mieux cerner le fonctionnement mental de chaque sujet, qui est la quantité, la qualité et performances des représentations psychiques des individus atteints de cette maladie.

Afin de réaliser cet objectif, nous avons réparti notre travail en deux parties : partie théorique et partie méthodologique.

La première partie : Partie théorique

Contient quatre chapitres :

Chapitre I : Coté médical de l'insuffisance rénale chronique.

Chapitre II : Le vécu psychologique des patients en IRCT.

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

Chapitre IV : La problématique et hypothèses.

La deuxième partie :Partie méthodologique

Contient un chapitre :

Chapitre V : La méthodologie de la recherche dans lequel nous avons présenté notre pré-enquête et les techniques utilisées, ainsi que leur analyse.

Pour terminer cette recherche nous présentons une conclusion générale, et enfin la liste bibliographique des ouvrages utilisés.

Partie théorique

Chapitre I

L'insuffisance rénale

Introduction

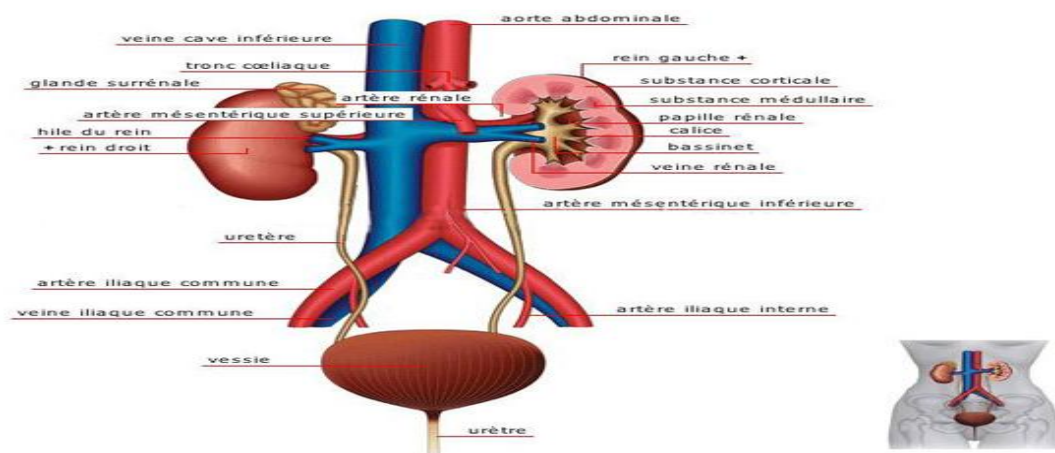
La fonction du rein est de maintenir l'équilibre et la stabilité des volumes liquidiens inter on extracellulaire de l'organisme, leur composition ionique et leur tonicité ; et ce dans la condition les plus diverses, la perte de néphrons diminue la capacité fonctionnelle du rein, selon la gravité des lésions.

Ce chapitre comporte le coté médicale de l'hémodialyse, des généralités sur le rein, sa fonction et d'une des pathologies qui touche cette partie du corps humain (l'insuffisance rénale) aussi que son traitement exactement l'hémodialyse qui représente l'objet de notre étude.

1) Anatomophysiologie du rein

1-Anatomie du rein : les deux reins sont situés dans l'espace rétroposition de part de l'autre de la colonne dorsolombaire entre la 12eme vertèbre lombaire. Chaque rein a la forme d'un haricot présentant deux faces (intérieure et postérieure), deux bords (externe et interne). Le bord interne est le siège du hile, pont de pénétration et de sortie des vaisseaux et de la voie excrétrice de couleur rouge sombre, d'aspect lisse, chaque rein a cène hauteur de 12 cm un poids compris entre 120 et 150g un volume de 150 ml. (B. Moulin, M.Peraldi, 2007, p. 12).

Figure n°1 : anatomie des reins



source : <http://www.nephrologie-lion.com/anatomy-et-rol-des-reins.html>

2-La physiologie rénale

Le rein est un organe complexe impliquer dans la nombreuse régulation, il contribue à :

1. Filtration glomérulaire : production de l'urine primitive à partir du plasma dépourvu de protéines de haut poids moléculaire.
2. Contrôle tensionnel : maintien d'une pression artérielle normal.
3. Métabolisme phosphocalcique : il maintient le calcium à un équilibre très strict.
4. Les fonctions endocriniennes : la rénine, produite par les cellules se 'appareil juxta glomérulaire, permet la transformation de l'angiotensine.
5. Epuration des déchets azotes.

Les déchets protidiques souvent dosés en pratique sont : des urées, créatinine, acide urique. (Querin, Valiquette, 2004, p. 28).

II) Définition de l'insuffisance rénale

1-Définition de l'insuffisance : diminution de la capacité d'un organe à remplir la fonction qui propre.

2-Rénale : adj ; (angl.- rénal) qui se rapporte aux reins. (Jacques,Quevauvillers,2009 , p.451).

3-Définition de l'insuffisance rénale : arrêt partielle ou totale de la sécrétion urinaire en rapport avec une néphropathie glomérulaire aigue un rein de choc ou un obstacle, tant que chronique elle correspond à des lisions anatomiques irréversibles du parenchyme rénale. (Quevauliers, 2009, p .208).

III) Les différents types de l'insuffisance rénale

1. L'insuffisance rénale aigue

L'insuffisance rénale aigue se définit par la perte habituellement brutale de tout ou partie des fonctions rénales. C'est par, définition, une élévation rapide de la créatinine plasmatique.

La survenue d'une insuffisance rénale aigue impose d'apprécier le retentissement immédiat sur l'organisme des perturbations métaboliques et hydro-électrolytique de s'assurer du caractère ou chronique de l'insuffisance rénale et de préciser le type d'insuffisance rénale en cause. (Rekhoum& al, 2015, p .112).

2-L'insuffisance rénale chronique

L'insuffisance rénale est dite chronique lorsque la perte des fonctions rénales (fonction d'équation, d'excrétion et de régulation) est irréversible et définitive, sans possibilité de guérison, qui se traduit par un ensemble d'altération biologique et des troubles cliniques. Elle se manifeste par diminution progressive de débit de filtration glomérulaire (DGF) dont la valeur normal est de 120ml /min par 1.73.

L'insuffisance rénale chronique est une maladie silencieuse qui ne provoque aucun symptôme perceptible, en dehors de douleur liées à des calculs urinaires ou les kystes rénaux compliqués (hémorragie,). (Legendre, 2012, p. 27-75).

**Tableau N° 1 : classification de la maladie rénale chronique selon NK
(National kidney Fondation)**

DFG (ml/mn : 1,73m ²)	HAS 2012	NKF /KDOQI 2002
90	Stade : maladie rénale chronique avec DFG normal ou	Stade1 : atteinte rénale avec DFG normal ou
60-89	Stade 2 : maladie chronique avec DFG légèrement diminué	Stade2 : atteinte rénale avec légère du DFG
30-59	Stade3A :(DFG entre45-59) : insuffisance rénale chronique modéré Stade 3B : (DFG entre30-44) : insuffisance rénale chronique modéré	Stade 3 diminution modérée du DFG
15-29	Stade4 : insuffisance rénale chronique sévère	Stade4 : diminution sévère du DFG
<15	Stade5 : insuffisance rénale chronique terminale	Stade5 : défaillance rénale

(Damon, 2012, p. 12)

IV) les causes de l'insuffisance rénale chronique

La plus part des néphropathies peuvent s'accompagner de l'IRC. La néphropathie peut être connue avant même l'apparition de l'IRC révéler la néphropathie. (B.Moulin, M.Peraldi, 2007, p. 18).

A côté de la néphropathie vasculaire (15à 20%) et diabétiques (12%) (Le diabète de type 2 représentant 90% des néphropathies secondaire au diabète) premier cause de l'insuffisance rénale chronique terminale dans le monde, on note les néphropathies glomérulaire primitives et secondaire (22%), les néphropathies inertielles chroniques (15à20%), les néphropathies héréditaires (10à15%), (la polykystose représentant 10% et les causes des néphropathies héréditaires), les maladies systémiques (10%) et les cause indéterminées. (Rayane, 2009, p. 23-24).

A l'opposé, les néphropathies vasculaires et diabétiques représentent à l'heur actuel, la premier cause de la MRC et de mise en dialyse de par le monde en effet, l'incidence de néphropathies vasculaires augmente du fait du mauvais contrôle tensionnel d'une HTA ancienne. Par ailleurs, l'association d'une sténose à thermomètre de l'artère rénale souvent observée. (P. Simon, 2007, p. 20).

L'étiologie varie de manière significative entre les pays. En Italie, en grande Bretagne, en Norvège et en Hollande, le diabète est considéré comme première cause de l'IRCT dans seulement 10 à 20% des cas contre 45% aux États-Unis. Par contre l'incidence des maladies génétiques comme la polykystose rénale est similaire dans l'ensemble de ces pays (10 par million par an). (Guellil, 2012, p. 14-15).

Enfin, il reste à souligner le pourcentage élevé des IRC de cause indéterminée. En effet, un tiers des patients selon plusieurs études, ne sont vus par un néphrologue qu'à un stade avancé de la néphropathie. Ceci, retarde le diagnostic, l'indication d'une biopsie rénale et la prise en charge adéquate, car l'interprétation d'une biopsie rénale en cas de lésions très avancées est très difficile, ce qui égare le diagnostic. (Kessler, 1998, p. 1457).

V)- diagnostic de l'insuffisance rénale chronique

Le diagnostic de l'IRC se fait sur un faisceau d'arguments anamnestique, clinique, biologique et radiologique. Cependant, l'importance de ces paramètres varie selon le stade de l'IRC et la cause de la néphropathie retrouve souvent de l'antécédent néphrologique, cardiovasculaire ou métabolique. Cliniquement, le patient peut être asthénique et pâle.

Sur le plan échographique, les reins diminuent de taille avec perte de la différenciation cortico-médullaire, et un indice cortico-médullaire réduit.

Cependant, il existe des insuffisances rénales chroniques à gros reins comme la néphropathie diabétique, la polykystose rénale et hépatorénale, l'amylose rénale. (Guellil, 2012, p. 10-11)

VI) traitements l'insuffisance rénale

1. La dialyse péritonéale

C'est une technique de dialyse ; moins utilisée que l'hémodialyse (10% des patients qui permet le traitement à domicile et qui est mieux tolérée au plan hémodynamique que l'hémodialyse qui a des performances d'épuration moindre que l'hémodialyse (difficultés techniques chez les patients de forte gabarité) et dont la durée et d'utilisation chez un patient limitée à quelques années (5ans) du fait de l'altération progressive des propriétés du péritoine. (Bouhahia, 2009, p. 18-42).

2. L'hémodialyse

Ce type de traitement de l'insuffisance rénale constitue l'objet de notre étude.

Définition

C'est une technique de dialyse : la plus utilisée en France (90%) qui permet les durées de survie dans la technique les plus longues jusqu'à 20 ans et plus).

- La plus coûteuse.
- Elle peut être réalisée dans des différentes structures : centre de l'hémodialyse lourde avec présence médicale permanentes.
- Unité de dialyse médicalisée avec présence médicale.
- Au domicile par des patients autonomes. (Nguyen, 2009, p. 19) .

Figure n°2 : générateur de la dialyse



Source : <http://www.nephrologie-lion.com/anatomy-et-rol-des-reins.html>

• Réalisation pratique

La séance d'hémodialyse sont réalisées en générale 3 fois par semaine et durent chacune 4 à 6 heures, l'hémodialyse nécessite une circulation extra corporelle.

- Un système (dialyse et générateur d'hémodialyse) permettant la réalisation des échanges selon les principes.
- Une installation du traitement de l'eau.

La circulation extracorporelle nécessite un abord vasculaire :

- Fistule artério-veineuse de préférence.
- Anse prothétique artério-veineuse de préférence.

- Cathéter tunnalisé ou no (à usage unique).
- Un circuit extracorporel (à usage unique).
L'hémodialyse chronique permet, grâce au 3 séance hebdomadaires :
- De contrôler les volumes liquidiens en ramenant le patient a un poids idéale théorique dit poids sec correspondant à un état d'hydratation et une pression artérielle normaux.
- De soustraire les déférentes molécules a élimination urinaire comme l'urée, à la créatinine ou d'autre toxiques.
- De corriger les déférentes anomalies électrolytiques induites par l'IRCT (hyperkaliémie).

Le régime alimentaire des patient hémodialysé comprend :

- Une restriction hydrique de (500ml+ la diurèse résiduelle ;
- Des apports protéiques de 1,2g/kg/jour.
- Des apports caloriques de 35kcal/kg/jour. (J.Depeyre, 2010, p. 16)

3. La transplantation rénale

La transplantation rénale consiste à placer dans votre corps un rein normal prélevé chez un autre sujet. Ce nouveau rein effectue à lui seule le travail que vos deux reins malades ne peuvent plus faire.

La transplantation rénale provenant d'un donneur cadavérique ou, moins souvent, d'un donneur vivant. (A.Boubchir, 2004, p. 252).

Transplantation rénale : vous pouvez être candidat a une transplantation c'est- à dire être inscrit sur une liste de receveur ; si vous avez moins de 65-70 ans, et si des examens spéciaux n'ont pas montré de contre-indication à la greffe.

Il Ya pas de contre-indication absolu à la thérapie de remplacement rénale, que ce soit au plan technique ou médicale, sauf pour les patients souffrant de la maladie fatale à court terme. Ces traitements sont souvent difficiles pour les maladies, par leur nature et leur morbidité et à cause des contraintes qu'ils imposent à la qualité de vie (restrictions diététiques, dépendance au traitement, etc...) (G.Deschénes, 2013, p. 16)

De plus, ils exigent de la part des institutions de santé des efforts importants, tant au plan des ressources humaines que financiers.

VII) Epidémiologie de l'insuffisance rénale chronique

L'incidence de l'IRCT dépend de facteurs, telle, la race et le sexe. Contrairement aux données sur la prévalence de MRC, il existe des écarts importants quand à l'incidence de l'IRCT parmi les pays occidentaux. Alors que l'incidence est très élevée aux états unis (300 par million et par an). (P. Simon, 2007, p. 5-6).

C'est à Taiwan que l'incidence de l'IRCT est plus élevée au monde (404 par million par an). Elle reste très élevée au Mexique (302 par million an) où le diabète est responsable de 60% des nouveaux cas. De manière globale, l'incidence de l'IRCT dans ces pays est en constante augmentation à travers le monde, avant tout du fait d'une augmentation de l'incidence des néphropathies diabétiques et vasculaires.

Enfin, l'incidence de l'IRCT est 2 à 3 fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. L'âge moyen des nouveaux patients débutant la dialyse ne cesse d'augmenter. (Guillil, 2012, p.7).

VIII) L'insuffisance rénale chronique en Algérie

Il faut souligner l'effort considérable réalisé par notre pays dans la prise en charge de l'IRCT. En effet il y a trois décennies, un grand nombre de nos compatriotes devaient se rendre ou rester pour une période indéfinie en France pour bénéficier d'un traitement par hémodialyse interactive. (Lardai, 1982).

Actuellement, on compte 270 centres de dialyse fonctionnels à travers tout le territoire alors que dans les années 80, le pays n'en comptait que trois (Rayane, 2009, p. 23-24)

Cependant, l'incidence de l'IRCT reste méconnue dans notre pays du fait de l'absence d'un registre national de l'IRCT, selon différentes estimations, elle serait en constante augmentation. En effet, lors du séminaire relatif au traitement de l'insuffisance rénale chronique tenu à Alger le 17 à 18 Février 1979, l'incidence de l'IRCT était estimée à 30 nouveaux patients par million d'habitants. (Benbadji, 1985, p. 127).

Actuellement, on estime l'incidence de l'IRCT entre 50 et 100 nouveaux patients par million d'habitants et par an, soit un nombre de 1500 à 3000 nouveaux patients par an. La prévalence serait de 460 par million d'habitants.

Dans la wilaya d'Alger, l'incidence de l'IRCT en 2006 était de 81 nouveaux patients par million d'habitants et par an 1300 patients sont traités par l'hémodialyse en centre dont près de 5000 dans le secteur privé, et 400 patients sont traités par dialyse péritonéale dans 18 structures hospitalières du pays (Rayane, 2009, p. 23-24).

Concernant le Maroc, on enregistre chaque année 1200 nouveaux patients en IRCT. Une prévalence de 162 insuffisants rénaux chroniques au stade terminal traité par million d'habitants étaient enregistrés en 2005. (<http://www.liberte-algerie.com>).

Des néphropathies glomérulaires chroniques représentent la première cause d'IRCT en Algérie (28%) suivies par les néphropathies vasculaires (15%), la néphropathie diabétique représenterait la troisième cause.

Une étude comparative portant sur 125 patients Algériens en IRCT, dialysés en France (dans le cadre de registre diaphane dialyse informatique, et s'étalant sur cinq ans, du (1 Janvier 1975 au 31 Décembre 1979), et sur 30 patients Algériens en IRCT, dialysés au CHU de Rouïba en Algérie (entre 1981 et 1982), a comparé les causes de la néphropathie initiales dans les deux groupes de patients. (Benabadji, 1985, p. 2).

Chez les patients du registre diaphane, le même pourcentage de néphropathie glomérulaire chronique, primitive et néphropathie interstitielles chroniques a été retrouvée 21%. A noter que chez ces patients, la preuve histologique a été apportée chez 35,7%. Dans le groupe de patients de Rouïba, la fréquence des néphropathies glomérulaires chroniques primitives étaient de 16,6% celles des néphropathies vasculaires de 10% et celle des néphropathies héréditaires de 6,6 dans ce groupe il faut souligner le fort pourcentage (36,9) des IRCT des causes indéterminées. (A.Bouabka, 2009, p. 139).

Conclusion

L'insuffisance rénale chronique(IRC) est une pathologie grave invalidante, et constitue un véritable problème de santé publique, en constante augmentation, plusieurs facteurs son incriminées dans l'apparition et la progressions des néphropathies(hypertension le diabète réalisent les facteurs de risque majeurs de la progression des néphropathies vers un stade ultime à savoir l'insuffisance rénale terminale) de ce fait, le dépistage et la prise en charge précoces des néphropathies hypertensif et diabétique ainsi que le contrôle rigoureuse et le traitements intensif des divers néphropathies chronique évitera l'insuffisance rénale chronique.

Chapitre II
Vécu psychologique

Introduction

L'insuffisance rénale chronique bouleverse le fonctionnement psychologique du patient dans tous les cas, la maladie aura des incidences sur la vie quotidienne et socioprofessionnelle du malade. Selon sa personnalité, le patient va mettre en œuvre différents mécanismes de défense progressivement, il va déployer des stratégies d'adaptation qui peuvent avoir de conséquences sur l'entourage.

Ce chapitre concerne le vécu psychologique de la maladie rénale et l'hémodialyse notamment dans le cadre de fonctionnement mentale car elle est important de prendre en considération le ressenti psychologique des hémodialyses.

I) Aspect psychologiques face à la maladie**1-Peur de mourir et peur de vivre**

Les insuffisances rénales chroniques parvenues au stade terminal, ayant actuellement la double possibilité de survivre, soit par l'épuration extra rénale soit par la transplantation d'organe, posent de façon prégnante ce que Beard définit comme un dilemme « la peur de mourir et la peur de vivre ».

Le malade soit que s'il refuse l'hémodialyse, l'évaluation naturelle de sa maladie le mènera à la mort. La machine le sauve d'une mort imminente. Mais très vite, il se rend compte que la vie permise par la machine sera difficile et totalement différente de celle qu'il a pu mener jusqu'à présent. Les maladies expriment la crainte, même s'ils vivent ; que cette vie leur semble inacceptable. De plus qu'ils appréhendent la survenue d'un accident au cours d'une séance d'hémodialyse. (Haroun, 2007, p.26).

2-La culpabilité

La dialyse essaye de trouver un sens à sa maladie, cette démarche désigne par l'expression « quête étiologique » est un questionnement du passé, de la famille de l'environnement à travers le filtre fantasmatique de chaque malade, dans le but de nommer le ou les coupables possibles à l'origine du manque corporel, la perte de la fonction rénale. Tout se passe alors comme si la possibilité de nommer cette origine permettait de mieux accepter la maladie au niveau psychique. (Haroun, 2007, p. 27-28).

Pour Becher et Delon(1972), la recherche de la culpabilité est un élément fondamental et agit par la quête étiologique. Elle est toujours présente d'autant que la thérapeutique, très contraignante. Peut prendre des allures de châtement et peut être vécu une sanction.

Le sujet est donc amené à chercher la faute qu'il a pu commettre, il évoque souvent la négligence à se soigner, son non observation de certaines règles d'hygiène.

La recherche de la culpabilité peut se porter sur l'entourage et l'existence d'une maladie familiale héréditaire, comme la polykystose rénale par exemple accentue le caractère de la malédiction.

3-l'image du corps

Le rein est un organe sur lequel le plus d'erreurs anatomiques et orographiques sont commises. Il désigne le plus souvent la région lombaire. Les reins sont souvent exclus du processus de formation de l'urine. Il change de nom lorsqu'ils se matérialisent sous forme d'objets consommables : rognons. Portant sa connotation dans le langage commun est force et par extension puissance « rognons » désigne non seulement le rein mais aussi les testicules « rognon blancs de porc ». La perte de rein devient synonyme de manque de force physique. Rappelons les expressions comme « donner un coup de rein, avoir les reins solides ». Par contre, la fonction d'uriner est beaucoup mieux cernée. Le manque du stade du développement psychomoteur de l'enfant, chez l'homme, elle contribue à symboliser la permanence de la virilité émettent l'hypothèse que si son contrôle est vécu comme source de gratification, sa perte ne sera que frustration. La clinique évoquant le deuil. Freud écrit dans « le deuil et mélancolie » « le deuil est une réaction à la perte d'un objet aimé » peut-on décrire ici une réaction à la mort des reins, ou de la fonction rénale ? Peut-on parler de deuil réactionnel à la perte d'une partie de son « moi corporel ». (Haroun, 2007, p.28-29)

Cette perte de la fonction rénale, non celle de la miction retentit sur l'image du corps. Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espace. Il est le même pour tous les individus. L'image de corps est propre à chacun. Elle est liée au sujet et à son histoire. Elle est la synthèse vivante des expériences émotionnelles. Elle est le support de l'insuffisance rénale chronique prend conscience qu'il existe un danger mortel dont la source est en lui, dans son corps. Les reins sont « mauvais », ils ne font plus leur travail. Ils ne filtrent plus. L'urée « c'est du poison », elle reste dans le sang. Le branchement au rein artificiel coïncide avec la diminution ou l'arrêt complet de la diurèse et supprime la miction. D'après Becker et Delon(1972), la machine relais devient aussi doublement signifiante, à la fois

comme témoin du corps « cassé », et comme lien de projection des fantasmes de régénération de vie, dans une puissance purificatrice. La machine est vécue, comme un objet qui symbolise le rein ou sa fonction manquante. Elle devient représentant concret et visible de maladie. (C.Jacquot, 1991, p. 2).

Elle semble prendre part dans l'imaginaire du sujet. A la reconstruction de la machine dans son corps mutilé. Permet-elle au dialysé, par la tentative d'inscription de la machine dans son corps, de refondre son image en un à corps « machine » (Becker, 1973, p. 359-366).

Au cours de chaque séance, le dialysé, voit son sang extrait de son sang, couler depuis la fistule du bras. Jusqu'à la machine, elle-même extérieure au corps pour revenir enfin au malade. Ce phénomène que l'on peut désigner comme une « introjection » à la fois du rein (la machine) et du sang du malade.

II) le vécu de la dialyse

1 -Castration

Le dysfonctionnement du rein peut activer ou réactiver une angoisse de castration à un niveau symbolique, d'autre pertes et limitations qui lui sont conséquences perte du travail, perte de la diurèse résiduelles et la perte de la puissance peut aussi renforcer cette angoisse de castration.

2 -L'anxiété et la dépression

L'anxiété et la dépression sont considérées comme des troubles fréquentes chez les personnes présentant une insuffisance rénale chronique.

De nombreux dialysés souffrent de troubles du sommeil (insomnie, somnolence diurne, syndrome des jambes sans repos et apnées du sommeil) qui risquent d'aggraver la fatigue ressentie et de favoriser la dépression chez certains patients. Les dialysés peuvent également ressentir en hémodialyse les patients sont totalement dépendants de la machine et des soignants, non seulement ils manquent souvent de confiance en eux-mêmes pour montrer 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 tubulaire est parfois insupportable. L'hémodialyse entraîne une souffrance psychique itérative puisque le sujet doit s'est rendre trois fois par semaines, 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, selon Cupa : une dépression plus ou moins importante existe chez tout dialysé. Et même selon Becker cité par Cupa, le dialyse est un dépressif chronique en effet chaque nouvelle séance la perte de l'organe et donc que le corps est irrémédiablement abimé. Du fait de cet état dépressifs, on observe fréquemment les personnes dialysées une chute de libido, des problèmes d'impuissances sexuelles ou de perte de désir sexuelle par le traumatisme de confrontation à la maladie, à la mort et au traitement. Selon G. Febvre, cet état peut induire à des symptômes de type dépressif : chagrin, envie de rien, pas envie de voir d'autre personne de sortir, d'attachement du monde extérieure, désintérêt pour les activités intérieure de la maladie, perte d'appétit au contraire boulimie, trouble de comportement alimentaire multiples contraintes non-respects des contraintes très fréquemment des troubles de sommeil, voire envie suicidaires. (G.Lefebvre, 2005, p.1).

Il est noté que chaque patient à sa place bien à lui dans une salle de dialyse, et qu'en cas de décès, les autres malades peuvent refuser de s'installer à cette place car c'est la place du mort. Quoi qu'il en soit, le décès d'une personne affecte beaucoup des autres dialysés car cela réactive les angoisses de mort présentes chacun d'eux (est de nous).

À ce propos, un auteur rapportant dans la littérature le cas d'une patiente de 63ans, qui s'elle n'était pas branchée très exactement à l'heure prévue, commençait à se sentir mal, puis à ressentir une oppression thoracique, et agéir nécessitant l'intervention du médecin. (Angeles & al, 1988, p. 140).

3 -la dépendance

Il s'agit d'une dépendance par rapport au centre à une machine, à une équipe soignante. Cette dépendance est aussi inconditionnelle la contester en ne se pliant pas à la discipline stricte suffit pour s'attirer de complications organiques plus ou moins sérieuses, la refuser représente un arrêt de mort : cette situation de dépendance totale pendant la dialyse alterne périodiquement avec une indépendance que l'on souhaite aussi complète que possible pour le malade à cela s'ajoutent d'importantes frustrations d'ordre orale (régime sans sel, restriction hydrique), sexuelle, professionnelle (mise en échec des ambitions personnelles, éventuellement relégation à un poste subalterne ,etc...) . (A. Haynal, 1997, p. 120).

4- Le deuil

C'est un terme ancien français qui signifie accepté la perte et dépassé la tristesse, une personne normale peut travailler le deuil, mais une personne dialysé il rappelle c'est-à-dire revivre l'événement 2 à 3 fois chaque semaine pendant 5 heures il observe son sang dans le générateur. La réaction de deuil constitue un état dépressif d'intensité et de durée variables, que l'on observe parfois après la première séance de rein artificiel, les malades faisant le deuil de la santé et de l'indépendance qu'ils n'ont plus réalisant mieux la précarité de leur état et de leur avenir. (Ibid, p.120).

5- Le rituel

La ritualisation des séances de dialyse, comme de la vie du dialysé, dès son premier branchement, frappe le malade dans la mesure où ces rites sont la première et la plus évidente expression de sa nouvelle existence. Les séances ont lieu à heures et à jours fixes et rompent avec monotonie et persistance des dialyses. Dans le service, les gestes sont connus d'avance, toujours identiques. (Lipowski, 1971, p. 235-247)

6- L'inventaire des manques

- **la frustration du temps**

Une partie plus au moins importante de temps, 9 à 12h par semaine est consacrée aux séances d'hémodialyse. Ce temps est suspendu, il permet de le maintenir en vie mais en lui-même est un temps perdu. Rares sont les personnes qui mettent réellement à profit. La plupart essaye de dormir ou amène des journaux ou un baladeur pour « passer le temps » (Haroun, 2007, p.32)

- **la frustration physique**

Même pour les patients ayant une bonne adaptation à la dialyse et ayant concerné une activité professionnelle et une vie « comme avant », l'asthénie est présente, d'une façon générale la résistance à la fatigue est moindre. L'anémie joue un rôle important dans la genèse de cette asthénie. Mais suivant la manière dont le sujet considère, suivant l'idée qu'il s'en fait, il peut déjà à se comporter comme un invalide. Cette asthénie peut être un moyen d'échange avec son entourage lui permettant de retirer des bénéfices secondaires : de l'attention, des soins vigilants de la part de la famille. (Ibid. P. 32).

- **La frustration du régime**

Un « poids sec » est déterminé pour chaque malade, et l'écart par rapport à ce poids devra être perdu pendant la séance de dialyse. La restriction hydrique et l'éviction d'aliments riches en potassium sont vécus difficilement par certains. Le malade doit accepter la frustration orale que présente le respect du régime mise à part ceux dont les écarts peuvent être mis sur le compte d'un manque d'information, chaque fois qu'un patient prend du poids de façon alarmante, cette transformation a valeur de symptômes psychologiques. Le régime et son observation constitue un analyseur de l'adaptation globale ou non du sujet à la dialyse (Sapir, 1985) citons l'exemple d'une patiente de 50ans hémodialysée depuis 6ans qui avoue facilement ne pas faire de restriction hydrique. Elle prend jusqu'à 4,5kg pendant le week-end quand elle est en société, elle ne pense pas à boire, mais dès qu'elle est seule, elle boit beaucoup d'eau fraîche : » ce n'est pas seulement par soif mais aussi parfois par vice ». Soulignons la discordance entre le poids des contraintes, des frustrations et la carence des moyens de compensations dont disposent les dialyses : l'asthénie leur interdit le recours à l'activité physique. (Dubernard & al, 1979, p. 249-267).

7 -La vie sexuelle

Les réactions s'appauvrissent, les sorties sont rares surtout les femmes qui acceptent difficilement d'aller ailleurs que dans la famille proche. D'équilibre des couples est difficile à conserver.

L'impuissance est fréquente, ainsi que la frigidité, en partie expliquée par l'anémie et par l'état dépressif plus au moins latent souvent retrouvé. Néanmoins, certains couples se retrouvent plus unis, plus fusionnés par cette épreuve, le risque de mort, même non exprimée permet dans ce cas de mesurer la place que tient l'autre dans sa propre économie et explique certaines réactions d'hyper protection, de mise en dépendance totale de l'un vers l'autre. Le rôle de la personnalité du malade est manifeste. Dans certains cas, il est des sujets auxquels l'état de dépendance profonde accompagné d'une exemption de responsabilité, apporte une grande satisfaction. (D.Cupa, 1997, p. 3).

La vie quotidienne des hémodialysés est faite de privations, de frustrations, pouvant occasionner une pathologie dépressive « réactionnelle », autant plus aigüe que les mécanismes de décharge habituelle sont impossibles : activité, sport, alcool, Sexe.

8- La vie en famille

Elle est basée sur une recherche d'équilibre entre les problèmes personnels et les bénéfices secondaires.

Les relations au sang de la famille se transforment bien souvent, le conjoint est obligé de se mettre au travail aggravant le sentiment d'inutilité et d'impuissance de l'autre. Le conjoint masculin malade a pris le rôle de « mère au foyer » et l'admiration antérieure fait souvent place à la « gentillesse ». Dans le cas de la maladie de la mère celle-ci souffre de retrouver des enfants chaque fois plus indépendants, après une hospitalisation ou une période de fatigue. (Patin, 1985, p. 49-56)

9 -La vie professionnelle et sociale

La vie professionnelle est perturbée, rarement, le travail est repris à plein temps, ou alors des professions plus intellectuelles que manuelles ou lorsque cet investissement affectif très important, quant à la vie sociale de ce malade, elle subit diverses restrictions : abandons de projet à long terme, vacances lointaines difficiles.

III) Mécanisme de défense des hémodialysés

Au cours de la phase chronique, le moi redevient en partie fonctionnelle et met en œuvre différents mécanismes de défense, chaque patient en fonction de sa pathologie et de son affection. Le traumatisme de se découvrir invalide, infirme, « pas comme les autres » les sentiments d'impuissance et d'échec qui en découlent, la confirmation à une réalité non seulement angoissante, mais qui isole le sujet par rapport à tout ce qui consiste sa vie au sein d'un groupe, mobilisent des mécanismes de défenses, les plus fréquentes rencontrés sont la dénégation, l'identification à l'agresseur, et l'obsession.

1 -La dénégation

Le représentant pulsionnel gênant apparaît dans le conscient, mais le sujet s'en défend en refusant d'admettre qu'il puisse s'agir d'une pulsion qui le touche personnellement. Son utilisation explique la capacité qui ont lieu des patients de ne plus « voir », « entendre »,

« comprendre », tout ou partie de leur situation présente ou de leur maladie. Avec ses conséquences létales. (Haroun, 2007, p. 35)

2-La régression

C'est le retour à un stade de développement libidinal, on observe une régression de type infantile entre les mains de l'équipe soignante, non de la famille. Ceci se traduit par une absence d'initiative, un retrait des investissements habituels, un repli sur soi. (Sans & Besangon, 1986, p. 60).

3-L'identification à l'agresseur

En l'occurrence il s'agit du médecin. Elle permet une confiance dans le pouvoir du médecin auquel le malade emprunte son langage. L'hémodialysé veille au fonctionnement de la machine. Son langage est une composition de vocabulaire médical, apparemment parfaitement intégré, pour Becker et Delon, il semble qu'il s'agit de cette manière de réaliser une véritable mise à distance du corps menacé et menaçant. (Harouna, 2007, p. 36).

4 -L'obsessionalisation

On parle de rituel du branchement, chaque patient ayant son heure habituelle, voire son infirmière. De nombreux moments de la vie du dialysé sont bien codifiés : la prise des médicaments, le programme des dialyses. Ses repères sont institués et ils deviennent élément stables. Les tendances à l'organisation, la méticulosité, le perfectionnisme permettent de contrôler la situation et donc de juguler l'anxiété. (Ibid).

IV) L'adaptation

Une adaptation ultérieure satisfaisante des patients au rein artificiel paraît directement liée à certain faits :

- Un niveau intellectuel suffisant, permettant au malade de participer à son traitement et de comprendre ses aspects techniques.
- L'existence d'un entourage affectif (un conjoint, des enfants par exemple) donnant au dialysé la volonté de combattre et lui assurant un soutien moral efficace en d'autres mots quelqu'un pour qui survivre et quelqu'un vivant pour lui.
- Une activité professionnelle investie par le patient en raison de l'intérêt qu'elle représente pour lui et du revenu qu'elle lui assure, effectuer un travail que l'un

aime et se savoir nécessaire à autrui de par l'argent que l'on gagne, aident les malades à tolérer l'hémodialyse.

- La capacité d'admettre et de verbaliser son anxiété, ses difficultés émotionnelles face à la dialyse, a ses contraintes, a la mort...
- L'absence de recours à des mécanismes de défenses tel que la somatisation et la toxicophilie (alcoolisme, abus de médicaments) dans les antécédents personnels du patient. (A.haynal, 1997, p. 120)

V) L'espoir à la transplantation

Nous avons vu que l'hémodialyse chronique influe souvent les patients et leur famille à des contraintes dont l'incidence somatique et psychologique est importante, la greffe rénale apparaît dans ce contexte comme un traitement de l'insuffisance rénale chronique beaucoup plus satisfaisant lorsque les conditions médicale et techniques la rende possible. De nombreux auteurs on fait des enquêtes systématiques pour étudier l'évolution psychologique des patients avant la greffe. Puis dans les mois où les années suivantes, tous soulignent les bénéfices que la majorité des patients éprouvent après la greffe rénale. Nous avons en particulier les résultats d'une enquête américaine portant sur l'évaluation 237 patients observés 5 à 9 ans après la transplantation. Point de vue strictement psychologique, contre seulement 30% au moment de la transplantation. (Harouna, 2007, p. 37).

D'après Sibertin de Lattre(1982), pour la majorité des patients greffés, la transplantation représente un nouveau point de départ. Elle redonne vie à des processus psychologiques qui avaient dû être mis en sommeil au moment de l'hémodialyse. A cet égard, la greffe rénale représente pour les patients un moyen de libération. Mais il ne faut pas mettre cette résurgence de la vie psychique signifie aussi une résurgence des conflits avec parfois des situations de crise dont l'issue peut être hasardeuse. (Streitcker, 1974).

Certaines familles consacrent l'essentiel de leur énergie à la santé de celui qui est devenu malade, et hémodialysé, un équilibre familial nouveau s'est établi autour de lui, efficace, compétent, mais figé dans la chronicité des soins. Dans un tel contexte, la greffe rénale semble bien introduire une rupture, source de désordre et d'inquiétude. Elle apparaît comme une solution menaçante, non pas par l'incertitude de son avenir, mais parce qu'elle crée une situation relationnelle nouvelle, imprévue, libérant de nouvelles contraintes mais exposant aux risques que précisément cette nouvelle liberté apporte. A nouveau, l'insuffisance rénale chronique se retrouve devant ce double dilemme : la peur de mourir et la peur de vivre : vivre

avec un rein de cadavre, ou le rein d'un donneur familial, peur de l'intervention chirurgicale, peur de rejet. (Streitcher, 1974).

Conclusion

La personne en insuffisance rénale chronique qui arrive en dialyse subit beaucoup de changement dans sa vie. Ces bouleversements entament quelque fois gravement la qualité de vie. De ce fait la dialyse est un traitement de la médecine moderne couramment utilisé pour objectif de supplier à la fonction rénale défaillante afin d'améliorer la qualité de vie des malades.

Chapitre III

*Les concepts essentiels de la
théorie psychosomatique*

Introduction

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

I) Le point de vue historique de la psychosomatique

Depuis les millénaires les médecins chinoises, égyptienne, grecque, juive, arabe, proposent une approche globale permettant de repérer l'unité humaine (Dominique Cuba, 2008, p24). Et en 1918, Heine Roth (1843-1973) psychiatre introduit les termes psychosomatique et somato-psychique en (1928). Le premier exprimait sa conviction de l'influence des passions sexuelles sur la tuberculose, l'épilepsie et le cancer, tandis que la deuxième s'appliquait aux maladies où le facteur somatique modifie l'état psychique.

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

Un psychanalyste viennois Felix Deutch, interniste émigré aux États-Unis, réintroduit en 1927 la notion de psychosomatique, dont il fut l'un des pionniers avec ses collègues F. Dumber, F. Alexander, T. Bendek, et autres. C'est aux États-Unis que les psychanalyses émigrées cherchent les premiers à saisir par des méthodes scientifiques, les phénomènes considérés à l'époque comme étant d'étiologie psychosomatique. Ce mouvement reprit en Europe après la deuxième guerre mondiale (Hayal et coll, 1978, p. 4)

II) les concepts fondamentaux de la théorie psychosomatique

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

Chapitre III Les concepts essentiels de la théorie psychosomatique

Enfin, la dualité disparaît si nous considérons le phénomène psychique comme un aspect subjectif de certains processus physiologique (P. Marty, 1990, p. 9).

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

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

1. Le monisme

Depuis l'antiquité existe déjà des tendances unitaires (par exemple : chez les Démocrite une interprétation matérialiste et atomistiques des phénomènes psychiques)

Celle-ci, sous une forme ou une autre, se sont exprimées et renforcées de puis le 18^{ème} siècle, Hobbes (1588-1679), Locke (1632-1704), Berkeley (1685-1753), Hume (1711-1766) ; associationnisme : J.S Mill (1806-1873), enfin, au 19^{ème}, le positivisme et le matérialisme, le néopositivisme dans ses différentes formes et ses dérivées, mettent à nouveau l'accent sur l'unité de l'homme. (A. Haynal, W.Pasin, A.M.chinard, 1978, p. 5).

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

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

2. Les chaînes évolutives

Le principe évolutionniste représente un guide permanent de l'organisation du monde vivant, et de sa hiérarchie fonctionnelle. Grâce à ce principe, la complication secondaire des

Chapitre III Les concepts essentiels de la théorie psychosomatique

situations que nous vivons résulte des combinaisons des éléments premiers ou dynamisme élémentaire. La trace de dynamisme élémentaire doit ainsi se retrouver à tous les niveaux des combinaisons secondaires, d'une multiplicité infinie, que l'on peut rencontrer. (P.Marty, 1991, p3).

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

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

L'évolution d'un être humain n'est jamais simple ni linéaire. Les diverses fonctions se développent, se combinent, traversent les différents stades de l'évolution libidinale pour aboutir à leur maturation. À côté d'un faisceau évolutif central se développent des chaînes latérales qui rejoindront ou non la chaîne évolutive centrale jusqu'à l'organisation de l'appareil mental adulte. (H.Kamieniecki, 1994, P72).

- **Les chaînes évolutives centrales**

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

Les notions de latéralité et de parallélisme étant des notions relatives, les régressions partielles peuvent se manifester au niveau des chaînes évolutives plus au moins considérées comme latérales, lorsque leur liaison à la chaîne centrale est incertaine. (P. Marty, 1979, p 132).

La psychosomatique mise en évidence l'étude analytique des Évolutions fonctionnelles, tout en dégagant avec précision croissante le rôle, dynamique relatif des diverses fonctions dans la trame humaine finale atteinte et dépasser le stade œdipien des fixations, régressions orales et phalliques.

- **Les chaînes latérales**

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

Exemple : chez un sujet Présentait une névrose de caractère anal, peut apparaître une oralité dévorante. (P. Marty, 1979, p 132).

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

- **Dynamismes parallèles**

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

3. Instinct de vie et instinct de mort

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

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

L'envahissement de l'un sur l'autre n'est que momentanément, ainsi l'être humain assure un certain équilibre au cours de sa vie entre ces deux forces contradictoires. Et comme le dit Marty, la mort est parallèle à la vie quel que soit l'organisation, chacun influe sur l'autre. (R. Debray, 19830, p.224).

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

4. Fixations / régressions

« Les phénomènes de fixations-régression, occupant une place centrale dans la conception psychosomatique ». La notion d'une régression d'un certain ordre reposant sur une fixation qui, elle mime sur une régression d'un autre ordre, implique à n'importe quel niveau de l'évolution, l'existence d'organisation antérieure à ce niveau. Ainsi la régression serait une organisation. (P. Marty, 1994, p. 72).

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

- **La régression**

La forme la plus précoce des mécanismes de défense du moi. Elle est dans les névroses et les psychoses et, d'une façon générale, chaque fois que le sujet cherche à fuir une réalité insupportable. Même le rêve, dit Freud, est une régression à l'intérieur de l'appareil psychique. (N. Sillamy, 1980, p.110)

On peut décrire autant de variété de régression, qu'on peut découvrir de perspective sur un même phénomène, et grâce au sens évolutif du concept, les

Régressions représentent le moyen idéal d'étude analytique, et de classification des fonctions et de relations inter fonctionnelles psychosomatique. (P. Marty 1980, p. 12)

- **la fixation**

Dans la théorie psychanalytique, on parle de fixation de la libido à l'un des stades (oral, anale, phallique) du développement psycho sexuel. Au cours de sa longue maturation, la libido peut être retardée ou arrêtée par différents événements de la vie de l'enfant : perte d'un parent aimé, carence affectives précoce, allaitement au sein exagérément prolongé, etc. Cette fixation prépare des positions vers les quelles le sujet sera tenté de régresser lorsque, dans son existence ultérieure, il se heurte à des difficultés lui paraissant insurmontable. Par exemple : l'écolier en butte aux brimades de ses camarades pourra se remettre à sucer son pouce, l'arrivée d'un nouveau-né à la maison, l'enfant pourra mouiller son lit, parler comme un bébé, récréant ainsi les conditions d'un passé proche dont il a la nostalgie. Toute fixation ne conduit pas nécessairement à la névrose, mais elle est un facteur prédisposant à celle-ci. (N. Sillamy, 1980, p. 489).

Chapitre III Les concepts essentiels de la théorie psychosomatique

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

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

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

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

Au niveau somatique, beaucoup d'opérations sont régressifs tels que : colopathies, les allergies, l'hypertension artérielles sont répétitives chez certain, mais stationnaires, les crises sont plutôt réversibles, et les dépressions provoqués par les événements sont épisodique de court durée. (P. Marty, 1991, p. 3).

5. La Mentalisation

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

6. Economie psychosomatique

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

L'étude de l'économie psychosomatique, prend en compte les particularités individuelles ; au cours de l'évolution historique de l'individu. L'énergie pulsionnelle que M. Fain appelait « énergétique » assure le passage d'une phase d'évaluation à une autre, M. Fain souligne néanmoins un point important, est que c'est la même énergie et le fonctionnement et le dynamisme des fonctions aussi bien somatiques que psychique. (C. Smadja, 2010, p. 9-10).

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

7. Le traumatisme

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

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

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

8. Organisation et désorganisation

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

Chapitre III Les concepts essentiels de la théorie psychosomatique

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

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

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

La désorganisation se manifeste lorsqu'il y a un mouvement contre évolutif, un choc, un traumatisme affectif désorganise d'abord les couches les plus évoluées de notre appareil mental, puis se désorganisent les systèmes psychiques antérieurement mis en place dans le développement. (P. Marty, 1990, p. 30).

9. L'évolutionnisme

Constitue un guide permanent de l'organisation du monde vivant et de sa hiérarchie fonctionnelle. Selon ce principe, la complication secondaire des situations que nous vivons résulte des combinaisons des éléments premiers au dynamisme élémentaires. La trace du dynamisme élémentaire doit ainsi se trouver à tous les niveaux des combinaisons secondaires, d'une multiplicité infinie, que l'on peut rencontrer. (Marty, 1998, p. 29-30).

10. Les représentations

Les représentations permettent les associations d'idées, les pensées la réflexion intérieure. Consistent en une évocation de perceptions qui laissent de diverses manières des traces mnésiques, prennent diverses valeurs d'objets de références mentales individuelles. L'inscription des perceptions et leur évocation ultérieure sous forme de représentations sont la plupart du temps accompagnées d'affects plus ou moins précis dans les tonalités agréables. Pendant le développement, le préconscient s'organise comme système de liaison entre les représentations mentales. Il y a deux types de représentations : les représentations de choses et les représentations de mots. (P. Marty, 1990, p.39)

- **Quantité et qualité de représentation**

La quantité de représentation renvoie à l'accumulation des couches de représentations à travers le vécu, les différentes périodes de développement, la qualité de représentation renvoie

Chapitre III Les concepts essentiels de la théorie psychosomatique

à leur disponibilité, à la fluidité de la circulation et la permanence de cette disponibilité au niveau de préconscient, et la qualité des représentations psychique est la base de notre vie mentale, constituent en nous une vie fantasmatique, ce qui renforce notre organisation fonctionnelle.

Le fonctionnement mental c'est toute cette économie, et cette richesse que comportent les représentations, c'est également les types d'objet et la nature des conflits, et toutes activités fantasmatiques. Et pour comprendre le fonctionnement mental, il faut comprendre l'histoire des structures, qui a des moments successifs, ont défini le fonctionnement de la personne. (R.perron, 1985). Selon C. Smadja, cette ensemble des caractéristiques du fonctionnement mentale, qui permet d'apprécier globalement sa qualité fonctionnelle port le nom de mentalisation

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

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

- ✓ **L'épaisseur** : concerne le nombre de couche de représentations accumulées et stratifier au cours de la vie.
- ✓ **La fluidité** : la qualité de ces représentations et leur circulation aussi bien à travers les époques passées, qu'à travers l'époque actuelle.
- ✓ **La permanence** : des représentations concerne la disponibilité à tout moments de ces représentation aussi bien sur le plan quantitatif que qualitatif, car la qualité du préconscient reflète la qualité de la mentalisation. En plus de ces trois critères, il ya un quatrième c'est la domination de l'activité de représentation par le principe de plaisir et de déplaisir ou par l'automatisme de répétition par exemple : quel qu'un contraint de penser à quelque chose, cette contrainte liée à l'automatisme c'est une activité de pensée de mauvaise qualité (cas de trauma).

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

- **Bonne mentalisation** : caractérise les individus qui « ont en permanence à leur (disposition une grande quantité de représentation psychique liées entre elles et enrichies

Chapitre III Les concepts essentiels de la théorie psychosomatique

pendant le développement de multiples valeurs affectives et symbolique ». (P. Marty, 1990 p. 30).

Selon R. Debray, la mentalisation serait la capacité à gérer le conflit, l'angoisse et la dépression, la bonne mentalisation renvoie ainsi à la disponibilité et à la puissance des mécanismes psychiques (mécanismes de défenses), qui permettent de contenir, de gérer et d'élaborer des excitations qui se manifeste sur plusieurs forme : fantasme, rêves, symptômes .(R.Debray,1996 p. 35) .

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

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

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

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

Dans le premier cas, les représentations sont riches et contrairement dans le deuxième cas, il ya une pauvreté de représentations ; dans ce type de mentalisation, les sujets soumis à des indisponibilités des représentations acquises, par évitement ou répression de ces représentations, cette incertitude de mentalisation provient de la variation quantitative et qualitative des représentations. (P.Marty, 1991 p. 31-32).

Le clinicien se trouve dans l'hésitation de placé son patient dans la bonne ou mauvaise mentalisation étant donné l'irrégularité de fonctionnement mentale.

- **Névrose de comportement** : en plus de ces trois types de mentalisation citées ci-dessus P. Marty ajoute cette quatrième qui est névrose de comportement ; les névroses proviennent des fixations peu solides qui manque une faillite de l'organisation génétique anal et renvoie à des systèmes archaïque ou l'on rencontre peu d'organisation mentales, même à peine élaborées, le fonctionnement de la première topique est inconsistant, le sur moi œdipien ne s'est pas constitué. Les comportements et les conduites difficilement

Chapitre III Les concepts essentiels de la théorie psychosomatique

surmontés, sont issus des instincts par les intermédiaires sensori-moteur, sans représentation accessibles à la conscience de la pauvreté et de la réduction des représentations, incapacité à maintenir une relation avec les objets intérieurs et d'intériorisation objectale ce qui mène à recourir à des objets extérieurs (P.Marty, 1976 p.107-110)

11. Pensée opératoire et vie opératoire

Marty a opté pour l'utilisation du mot de vie plutôt que pensée, car il s'agit d'un système automatique, superficiel sans liaison avec l'inconscient, ainsi la vie opératoire est un système selon Marty de non pensée, une certaine stabilité s'installe au cours d'une désorganisation, cette phase de vie opératoire apparaît comme un aménagement fragile, plus ou moins prolongés dans le temps. Elle est émaillée fréquemment d'incidents ou d'accidents somatiques variables qui soulignent un ensemble de comportement d'instabilité. (P. Marty, 2004 p.117).

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

La dépression essentielle et la vie opératoire représentent la dépression fondamentale : diminution des instincts de vie au niveau des organisations mentales. (P. Marty, 1980 :59).

La relation du sujet avec l'entourage est une relation blanche, la pensée opératoire est beaucoup plus attachée au concret, le sujet est exposé à une maladie à tous les risques étant donné cette absence d'activité fantasmatique et oniriques, car celle-ci permettent d'intégrer les tensions pulsionnelles et protègent au moins le soma et le mental, et l'individu dans l'état de vie opératoire n'est qu'une image sans âme « un mort vivant » (P.Marty, 1980 p.59-61).

Sur le plan psychique on observe un certain nombre de symptômes regroupés sous le nom de vie opératoire lorsque nous avons affaire à une désorganisation de travail psychique, le niveau le plus bas que peut atteindre le fonctionnement psychique, c'est ce qu'on appelle le fonctionnement opératoire ; c'est-à-dire une neutralité affective et une conformité de pensée, et une neutralité affective ; c'est-à-dire qu'il n'y a plus de fluidité de diversité affective et émotionnelle en relation avec des situations vécues, il y a une neutralité, tout est neutre du point de vue affectif ; quant à la pensée

C'est une pensée essentiellement conformiste, c'est une pensée dictée par la collectivité, c'est une pensée de conformité, ce n'est plus une pensée individuelle avec ses représentations tout à

Chapitre III Les concepts essentiels de la théorie psychosomatique

fait subjectives, c'est le niveau le plus bas que pour atteindre une activité psychique démentalisé. (C.Smadja, 2008). (Conférence)

12. Dépression essentielle

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

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

La dépression psychosomatique qu'a plusieurs reprises j'appelais dépression sans objet, serait en définitive mieux nommée dépression essentielle, puisqu'elle constitue l'essence même de la dépression a savoir l'abaissement de niveau du tonus libidinal sans contrepartie économique positive quelconque. (P. Marty, 1990 :29).

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

Cette symptomatologie dépressive se définit par le manque : effacement, sur toute l'échelle, de la dynamique mentale (déplacements, condensations, interjections, identification vie fantasmatique et onirique). On ne rencontre pas, dans cette dépression « bienséante », « raccrochage libidinal » régressif et bruyant des autres formes de dépressions névrotiques ou psychotique. Sans contrepartie libidinale donc, la désorganisation et le morcellement dépassent sans doute le domaine mentale, le phénomène est comparable a celui de la mort ou l'énergie vitale se perd sans compensation. La dépression essentielle s'établit lorsque des événements traumatique désorganisant un certain nombre de fonctions psychiques dont ils débordent les capacités d'élaboration (P. Marty, 1990 :29-30).

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

13. Les rêves chez les patients psychosomatiques

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

- **L'absence des rêves**

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

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

- **Les rêves opératoires**

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

- **Les rêves répétitifs**

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

- **Les rêves crus**

D'après P. Marty, les rêves crus ne sont pas rares chez les malades mal mentalisés, il s'agit d'une mentalisation pulsionnelle par Marty, ces rêves sont si peu déformés qu'ils semblent exposer « une photographie de l'inconscient ». (P. Marty, 1984 p.1050).

Leur apparition représente une valeur régressive partielle soit un érotisme sadomasochisme, ou un mécanisme d'isolément des affecte par rapport aux contenus. (Doucet, 2000 p.61).

III) Classification psychosomatique

- **Des apparences inorganisations**

Concerne surtout les névroses de comportement, chez lesquels on constate la précarité des aménagements mentaux, qui laisse les sujets complètement démunis lorsqu'ils sont confrontés a des traumatismes qui les exposent a une symptomatologie somatique grave,

cela nécessite en plus de soins médicaux, une prise en charge avec un changement positif dans un environnement extérieur afin de combler l'objet perdu.

- **Désorganisation progressives**

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

- **Régressions globales**

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

- **Les régressions partielles**

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

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

IV) psychosomatique et hémodialyse

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

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

L'existence d'un entourage affectif (un conjoint, des enfants par exemple) donnant au dialysé la volonté de combattre et lui assurant un soutien moral efficace, en d'autre mots, quelqu'un pour qui survivre et quelqu'un vivant pour lui une activité professionnelle

Chapitre III Les concepts essentiels de la théorie psychosomatique

investie par le patient en raison de l'intérêt qu'elle représente pour lui et du revenu qu'elle lui assure ; effectuer un travail que l'on aime et se savoir nécessaire à autrui de par l'argent que l'on gagne, aident les malades à tolérer l'hémodialyse, la capacité d'admettre et de verbaliser son anxiété, ses difficultés émotionnelles face à la dialyse, à ses contraintes, à la mort, aide à réduire les répercussions psychologique .

Conclusion

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

Chapitre IV

Problématique et hypothèses

Problématique et hypothèses

Depuis la toute première naissance du savoir et la toute première apparition des sciences, l'homme a été toujours considéré comme une unité complexe faite de différentes faces, une face cognitive et affective, biologique et sociale, ou le tout se trouve caractérisé par un fonctionnement bien organisé, en continuité et interaction mutuelle permanente ce qui forme la personnalité de l'individu. L'homme semble avoir des points communs avec ses congénères mais beaucoup plus que ses ressemblances il y a des distinctions qui le rendent unique dont les distinctions biologique et mentale et du moment où chaque 'un a sa propre empreinte biologique qui est bien sûr son ADN et que chaque 'un a son propre fonctionnement psychique et sa personnalité qui fait que chaque cas est un cas unique. Ce constat nous pousse à chercher à déceler et comprendre les mécanismes qui interviennent dans l'état de santé de l'individu avec ceux qui apparaissent en cas de maladie.

Par ailleurs, la santé telle qu'elle est définie par l'OMS, est « un état complet et un bien-être physique, mentale et sociale, et ne consistant pas seulement à l'absence de maladies ou d'infirmité ».

Durant ces dernières décennies on constate que les maladies chroniques sont de plus en plus répandues cela malgré tous les moyens et stratégies mis en œuvre pour stopper leurs diffusions, dont la maladie d'insuffisance rénale fait partie.

L'insuffisance rénale chronique est une maladie chronique qui est insidieuse et méconnue par le public, qui est tellement silencieuse caractéristique qui font d'elle une maladie terrifiante où la personne ne souffre pas jusqu'à ce qu'elle atteigne le stade final ou bien le point du non-retour.

L'insuffisance rénale chronique est définie comme la perte irréversible des fonctions des reins. C'est une diminution de la filtration glomérulaire en rapport avec une réduction permanente et définitive du nombre de néphrons fonctionnels, qui provoque comme première manifestation clinique une chute de la diurèse et par la suite la défaillance de la fonction endocrine du rein.

L'insuffisance rénale chronique aboutit progressivement à la perte des libertés métaboliques qu'apporte à l'homme un rein sain, Lorsque la filtration glomérulaire descend à moins de 5ml/minute et parfois même un peu avant les variations quotidiennes du bilan des entrées et

des sorties, le métabolisme cellulaire aboutit à une situation incompatible avec la vie c'est à ce stade que se trouve indiqué les procédés d'épuration extra rénale et ou se pose le problème de la transplantation.(Boumelou, 2000, p. 223-229)

L'insuffisance rénale chronique (IRC), constitue aujourd'hui un vrai problème de santé public du fait de l'augmentation de son incidence et de sa prévalence, ainsi qu'en raison du coût élevé des traitements de suppléance, ces derniers étant très lourds et coûteux et on prévoit l'accroissement rapide de ces dépenses car d'une part, la population vieillit et, d'autre part, le diabète et l'hypertension artérielle, qui en sont les principales causes, touchent de plus en plus de personnes.

Les données sur l'insuffisance rénale terminale en France sa prévalence est d'environ 1200 patients par million d'habitants en métropole dont environ 625 traités par hémodialyse, 43 par dialyse péritonéale et 525 ayant une greffe rénale fonctionnelle. (A.Okanfer, 1997, p.9).

Dans notre pays l'Algérie on compte 26.000 malades souffrant d'insuffisance rénale, dont près de 10.000 nécessitant une transplantation pour mettre fin à leurs souffrances et s'épargner l'hémodialyse, considérée actuellement comme leur seul espoir de survie. (www.santemaghreb.com).

L'hémodialyse (rein artificiel) est une technique utilisée depuis plus de 40 ans ayant comme rôle de remplacer les fonctions principales des reins sains : filtrer le sang (éliminant ses déchets), et équilibrer les niveaux de liquides en éliminant les déchets du sang et l'eau en excès. Les séances de dialyse durent entre 3 et 5 heures en fonction des personnes (poids, etc.) et se renouvellent 3 fois par semaine, à la fois pour épurer le sang et enlever l'excès de liquide. Le traitement d'hémodialyse ne guérit pas la maladie rénale de sorte qu'il faut le continuer à vie, à moins que le patient ne reçoive une transplantation.

En Algérie, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) a démarré en 1973 à Alger avec l'hémodialyse chronique, puis en 1980 avec la dialyse péritonéale continue ambulatoire et en 1986 arrive la greffe rénale. (Tahar, 2003).

En effet la dépendance à un appareil de dialyse peut avoir des répercussions importantes sur le plan personnel, familial, social et professionnel, cela commence par une perte réelle d'un organe vitale et, en ce sens, que ce soit brutal ou préparé toute personne qui va apprendre

d'une part, qu'elle est malade, d'autre part que c'est une maladie mortelle sans soins, va être plus ou moins traumatisé.

En fait l'hémodialyse n'ayant que deux limites : la greffe et la mort, les patients se sentent (tenus), (coincés), (dépendants) et supportent mal cette perte d'autonomie, la fréquence et durée des séances entraînent une lassitude et un manque de temps libre.

La sexualité des dialysés est très souvent atteinte, avec une baisse plus ou moins prononcée de la libido, une impuissance plus ou moins complète pour les hommes, une frigidité voire une stérilité pour les femmes. Le dialysé a parfois tendance à se replier sur lui-même et est souvent très déprimé et ne veut-voir personne quant au niveau professionnel lorsque les patients peuvent continuer à exercer leur métier et ne sont pas mis en invalidité ils sont parfois déclassés à des postes peu intéressants (mis au placard).

Ainsi comment oublier et faire un travail de deuil quand, régulièrement, la perte est redite, réactivé par la dialyse ou réactivée, d'une certaine façon, par la greffe où le patient craint que ses résultats soient mauvais ou négatifs du coup la perte d'espoir.

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

-L'approche médicale

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

- Approche cognitive comportementale

La finalité de cette approche est d'expliquer la genèse, le développement et les maintiens du problème des troubles ou de la souffrance en identifiant les relations causales avec les événements internes (cognitif) et les événements externes (comportement) ; elle cherche à mettre en évidence les lois des phénomènes observés de manière à pouvoir les faire varier, les maîtriser et les prédire dans des circonstances données, sa démarche diagnostique porte sur l'observation et l'évaluation des problèmes vécus, ici et maintenant, par le sujet.

Problématique et hypothèses

Les psychologues cognitiviste, dans leur démarche de compréhension du comportement cognitif, vont s'intéresser aux mécanismes mentaux par une analyse rigoureuse des comportements. Pour se faire, ils vont non seulement manipuler et contrôler les déterminants du comportement mais aussi mesurer différents aspects du comportement, notamment les performances cognitives.

Cette approche reste insuffisante car elle se limite à l'étude des processus cognitifs et comportementaux chez l'individu.

-L'approche psychanalytique

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

-L'approche psychosomatique de P. Marty

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

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

La psychosomatique considère donc les mouvements psychiques et somatiques ainsi que les relations entre ces mouvements chez les malades somatiques en abordant le principe du monisme.

P. Marty et ses collaborateurs : M.DeM'Uzan, C.David, mettent en nuance dans leur livre « l'investigation psychosomatique » (1963), le fonctionnement mental des sujets atteint d'une maladie organique ; tous les patients ont un fonctionnement mental, ce fonctionnement mental diffère selon les différentes périodes de sa vie. P. Marty insiste sur le fait que quelle que soit l'atteinte organique, il est impossible de la comprendre et de la traiter si on se réfère pas à l'économie psychosomatique générale du sujet par ailleurs, P. Marty insiste sur le concept de la mentalisation qui concerne « la qualité, la quantité, le dynamisme et la permanence des représentations mental telles qu'elles apparaissent (normale ou pathologique), ces représentations constituent la base de la vie mentale de chacun de nous » (P. Marty, 1991,p.11).

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

-La personne qui traite l'excitation par le biais de son appareil psychique en la transformant en énergie psychique qui a son tour produit une symptomatologie déjà existante ou développé une nouvelle symptomatologie. Ce travail psychique apparait chez des personnes dotées de mécanismes labiles ou rigoureux ainsi qu'une richesse fantasmatique.

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

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

La théorie psychosomatique constitue la référence théorique de notre recherche en se basant, sur l'unité psychosomatique et la qualité de la mentalisation et son influence sur la tenue du corps.

Dans notre pré-enquête qui a été effectué au service d'hémodialyse de la clinique de rameau d'Olivier nous avons constaté une différence dans l'étendue de trouble de chaque cas,

car il ya ceux dont la condition physique s'est détériorée en peu de temps depuis qu'ils ont commencé le traitement par l'hémodialyse de (6mois a un an) ; Par contre, il y a ceux qui sont sous le traitement pendant une longue période et ont relativement maintenu leur équilibre physique de (20 à 25ans).

La pré-enquête représente une étape importante voir indispensable dans tout travail de recherche. Notre rencontre avec les hémodialysés s'est organisée par le biais d'une pré-enquête menée au sein du centre de dialyse. Cette étape a été pour nous une étape qui nous a permis d'avoir plus d'informations sur les caractéristiques de notre population d'étude, d'apporter des modifications à notre guide d'entretien et de maîtriser l'application de nos outils.

De ce fait, et à partir de la revue de la littérature et de notre pré-enquête, nous nous sommes interrogés sur la nature du fonctionnement mental chez les insuffisantes rénaux ayant plus de 20 ans en hémodialyse-qui constitue notre thème de recherche-ce qui nous a menés a posé les questions suivantes :

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

Les réponses que nous avons formulées à ces interrogations en guise d'hypothèse, qui sont les suivantes :

Hypothèse générale

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

- **Les hypothèses partielles**

- ✓ **La première hypothèse**

Les patients ayant plus de 20 ans en hémodialyse n'ont pas tous le même fonctionnement mental, celui-ci diffère d'un cas à un autre. Il ya ceux qui sont dotés par la bonne mentalisation, mauvaise mentalisation, et mentalisation incertaine.

✓ La deuxième hypothèse

1- Les hémodialysés ayant un bon fonctionnement mental, résistent mieux aux différents moments de crise, traitent et élaborent les excitations au niveau mental. Ce qui entraîne l'apparition d'une symptomatologie psychique existante auparavant dont, elle sera renforcée ou l'apparition d'une nouvelle symptomatologie. Ce travail mental protégera le corps. Dans l'impossible de traiter les excitations au niveau mental chose qui incite deux possibilités peuvent se présenter :

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

2- Les hémodialysés qui ont une mauvaise mentalisation :

- Certains échappent, et n'attrapent pas de maladies par le biais d'étayage et le soutien important de leur entourage, c'est-à-dire l'environnement favorable.
- Si l'hémodialysé subit des difficultés dans sa vie et il ne réussit pas à recourir à la symptomatologie mentale, il risque d'avoir d'autres maladies accompagnées de complications, qui prennent parfois l'allure d'une désorganisation progressive qui est fatale dans quelque cas notamment dans la présence d'un milieu défavorable.

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

➤ Opérationnalisation des concepts

Notre recherche se focalise sur des concepts importants, qui sont le fonctionnement mental et la tenue du corps.

➤ Le fonctionnement mental

Bonne mentalisation

- Présence d'espace psychique pour traitement des excitations.
- Richesse fantasmagorique. Présence de mécanismes de défense.

- Souplesse d'utilisation de ces mécanismes de défenses.
- Capacité de traiter des situations conflictuelles.
- Mouvement continu et flexibilité entre réalité et vie fantasmatique.
- Expression affective.
- Investissement des pulsions libidinales et agressives.
- Présence de rêve.
- Réflexion sur projet d'avenir.

Mauvaise mentalisation

- Absence d'espace psychique pour le traitement d'excitation.
- La pauvreté de rêverie.
- Rareté de rêve.
- Carence affective.
- Attachement à la réalité concrète.
- Prédominance de vie opératoire.

Mentalisation incertain

- Ocillement entre la bonne et la mauvaise mentalisation.
 - Irrégularité de fonctionnement mentale patente.
 - L'instabilité entre la bonne et la mauvaise mentalisation.
 - La variabilité de la quantité et de la qualité des représentations parfois riche et d'autre fois pauvre.
- **La tenue du corps**

La qualité de la tenue du corps diffère d'un malade à l'autre. Pour cela, nous constatons trois niveaux :bonne tenue du corps, mauvaise tenue du corps, une tenue du corps moyenne, nous allons essayer d'opérationnaliser en les rapprochant en réalité, ce qui nous amène à obtenir les indicateurs suivants :

Bonne tenue du corps

- Le malade n'a pas été hospitalisé et n'a pas souffert de d'autres maladies antérieures.
- Les complications de l'insuffisance rénale chronique (IRC), elles sont légères.
- Les activités quotidiennes, et la qualité de vie restent stables.

Mauvaise tenue du corps

- Le malade souffrait de d'autres maladies antérieures, et d'autres maladies après son atteint par IRC, aussi les complications de la IRC sont évolutive et parfois graves.
- On trouve que le malade a déjà été hospitalisé avant sont atteinte par IRC.
- Les activités quotidiennes du malade, et sa qualité de vie sont détériorés.

Tenue du corps moyenne

- Dans ses antécédents, le pouvait développer certaines maladies réversibles (grippe, toux, ...), sans qu'il d'autres maladies accompagnant son IRC.
- Il peut y avoir été hospitalisé auparavant au moins une seule fois.
- L'évolution se fait de façon progressive, évolutives entrecoupées de rémissions plus ou moins complètes.
- De ce fait on dit que le malade présente une tenue du corps moyenne, où cette médiation reste relative selon les cas.

Partie méthodologique

Chapitre V
La méthodologie

Introduction

La méthodologie est une étape importante dans une recherche, elle peut se définir comme étant l'étude du bon usage des méthodes et techniques, il ne suffit pas de les connaître, mais aussi de savoir les utiliser comme ils se doivent, c'est-à-dire savoir comment les adapter, autrement, dit, les méthodes et techniques retenues dans une recherche donnée doivent être les plus aptes à rendre compte du sujet étudié et à nous mener vers les buts qu'on a fixés en termes d'aboutissement de notre travail.

Dans ce chapitre on va présenter la méthode sur laquelle s'est basée notre recherche aussi que le terrain et le groupe de recherche, et les outils de recherche qu'on a utilisé.

I) Déroulement de la recherche et population d'étude**1-Le lieu de la recherche**

Nous avons effectuées notre pré enquête, au niveau de la clinique privée « rameau d'olivier » qui se situe au centre de la wilaya de Bejaia.

Le service d'hémodialyse fonctionne actuellement avec :

-14 générateurs et prend en charge 62 malades.

-Le service fonctionne avec 3 néphrologues.

-4 médecins généralistes ou médecins dialyseurs.

-13 agents paramédicaux, une psychologue, une secrétaire et deux agents d'hygiène hospitalière.

2- La pré-enquête

C'est l'étape la plus importante dans la présentation d'un mémoire dont L'objet est de recueillir plus de connaissances et d'informations sur le sujet à étudier Chauchat a définie la pré-enquête comme étant :« la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique elle consiste à définir des liens entre la construction théorique et les faits observables, son aboutissement et la mise en place de l'appareil d'observation, cette phase comporte une observation préliminaire à l'aide d'entretiens généralement peut directifs ».(Chauchat,1999, p.63).

Notre pré-enquête nous a permis d'élaborer nos hypothèses à partir de nos questionnements. On a essayé de recueillir toutes les informations sur notre population d'étude qui se caractérise par la maladie chronique d'insuffisance rénale chez les sujets ayant plus de 20ans en hémodialyse.

On a effectué quelques entretiens avec ces hémodialysés, chose qui nous a permis de constater la différence entre les hémodialysés. On a observé le sujet qui se caractérise par la richesse fantasmatique, exprimaient leur difficulté parlée de leur affectes et de leur conflits.

Ces observations sur terrain nous ont permis d'énoncer nos hypothèses de notre étude-grâce à cette pré enquête et à la revue de la littérature, dont on a trouvé les différents auteurs qui ont traité déjà le sujet des hémodialysés et leur traitement.

Le but de la réalisation de la pré-enquête, est l'élaboration des hypothèses de notre recherche, ainsi la vérification de nos outils d'investigation, est ce que se sont suffisants d'un côté, et de l'autre est ces outils sont adéquats pour le recueil des données dont on a besoin, et pour que on se renseigne si nos questions posées dans l'entretien sont des questions claires et compréhensifs de la part des malades selon le sens qu'on a souhaité réellement étudier.

2.1 Illustration d'un cas clinique

Parmi les cas qu'on a rencontrés durant notre pré-enquête le cas présenté ci-dessous.

✓ Cas de Teyeb 24 ans en hémodialyse

Teyeb à 62 ans, c'est un homme brun, de taille moyenne et un corps mince, cheveux châtain yeux, marron. Il est marié avec 4 enfants, 3 filles et un garçon. Il fait partie d'une fratrie de 6 membres composée de 4 frères et une sœur, il est le troisième parmi sa fratrie. Il s'est arrêté au niveau secondaire, il était enseignant primaire pour 2 ans, et puis 3 ans comme surveillant en fin de carrière en tant que comptable.

1- L'analyse de l'entretien clinique

I) La santé physique

1-La santé antérieure et actuelle de patient

Pendant l'entretien on a pu déduire que Teyeb a eu une enfance joyeuse et il n'a jamais eu de problèmes de santé et n'a jamais été hospitalisé, il a dit « j'ai jamais été hospitalisé je déteste les médicaments et l'hôpital », en 1994 il a fait un bilan à cause d'un problème dermatologique puis il a été orienté à l'hôpital par un motif de consultation d'insuffisance rénale chronique.

2- Facteur héréditaires et les complications de la maladie

Selon Teyeb son insuffisance rénale n'est pas héréditaire, c'est le seule dans sa famille qui est atteint. Il affirme qu'il présente quelque complications liées à la maladie (IRC) comme : le stress, des maux de tête, fatigue, insomnie et des vomissements.

3- La relation entre les événements traumatisants et quelque maladie et complications:

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

II)- La caractéristique du fonctionnement mentale

1-La vie relationnelle ;(relation avec l'équipe soignante, famille, environnement socioprofessionnelle) Lors de notre entretien, Teyeb affirme que il a de bonnes relations avec l'équipe soignante et sa famille « quand je m'entoure de ma famille je me sens très bien », aussi « quand j'étais hospitalisé j'attendais les horaires de visites pour voir ma famille j'avais peur de mourir sans les voir ».

2- Les événements importants dans la vie du patient

Les bon souvenirs de Teyeb été avant sa maladie « avant ma maladie je voyageais et je me déplace à cause de mon travail »

Quand ou mauvais souvenirs c'était au moment de l'annonce de sa maladie il a dit « la date de la premier hémodialyse été en décembre 1996 ; j'étais vraiment démoralisé, j'avais des difficultés a accepté ma maladie, je souffrais puis je me suis convaincu ma maladie »et aussi « je

me comportais méchamment avec ma femme a cause, des complications sexuelle de cette maladie n'oublions pas que j'étais encore jaune au début de ma maladie ».

3 -Les caractéristiques de la vie onirique

Les rêves de Teyeb sont répétitif : « c'est comme j'attire une fesselle je retire, je retire et elle rentre on dirait elle me tire mais organe »

Les rêves répétitifs selon P.Marty reflètent l'inconscient refoulé du patient atteint d'une maladie somatique. Ces rêves sont éruptifs sans aménagement sans défense (p. Marty, 1984, p. 1150).

4-Capacités d'expression et d'association des souvenirs, et projets d'avenir

Teyeb a évoqué son mauvais souvenir, c'était au moment où on lui est annoncé sa maladie et les difficultés d'adaptation à cette maladie, ensuite il a évoqué comme bon souvenirs ses voyages et les bon moments qu'il a partagé avec ses meilleures amis en bonne santé. En ce qui concerne ses projet d'avenir, c'est de s'occuper de sa familles et les voire en bonne santé autour de lui, créer une association pour aider les patients insuffisant rénaux, selon Teyeb « les patients ont besoin d'une éducation thérapeutique aussi qui leur explique cette maladie et le rôle de la machine de dialyse »

Conclusion de l'entretien

Tyeb, semble à l'aire investir dans ses relations avec son entourage. Il avait une certaine richesse fantasmatique caractérisé par le recours à l'imagination et l'expression de ses projets d'avenir proche et lointain, le mauvais souvenir c'est l'annonce de sa maladie, ses meilleures souvenir était avant sa maladie. Concernant l'hypothèse du fonctionnement mentale après l'entretien n'est pas clair, en attendant pour cette question les résultats de rorschach.

Texte	Enquête	Cotation
<p>I 20''</p> <p>1.dhel'abd, je pense dhel'abd. idhaou i rabisubhanou at jiinchallahadhijakImumnin</p> <p>55</p>	<p>(toute la planche)</p> <p>Dhal'abdidhaou</p>	<p>G K+H</p>
<p>II 9''</p> <p>2.sin l'ibad m'tahden l'ouahidakeninchallahyiwenmarayahlekhithshulfuiwenayefkafussissadhissanedhimanissakaam la famille très important iwenmarayahlekh dima Isamaawanen</p> <p>gewgarawen</p> <p>50''</p>	<p>Les deux parties latéral noir</p>	<p>DF+H sym</p>
<p>III 10 ''</p> <p>3.y a deux personnes...essayent adhadmen quelque chose</p> <p>1'38''</p>	<p>(les deux parties noir latérales)</p>	<p>G K+ H /ObjSym</p>
<p>IV 50''</p> <p>4. c'est un arbre itchavh à un arbre dheyenitswaligh.</p> <p>40''</p>	<p>(Toute la planche)</p>	<p>G F+ Bot</p>
<p>V 15''</p> <p>5 . Khouffache il vole dhayen (rire)</p> <p>30''</p>	<p>Khouffache il vole (rire)</p>	<p>G Kan+ A Ban</p>

<p>VI 14''</p> <p>6.on dirait Dhafartato (rire) itsfarfir, c'est tout</p> <p>20''</p>	<p>dhafartato</p>	<p>G Kan+ A</p>
<p>VII20 ''</p> <p>7. sin ivladhen</p> <p>8.on dirait un animal yatswalilakhyaliss</p> <p>40''</p>	<p>(D tiers entier)</p>	<p>D F+ Frag Sym</p> <p>D F+ A Sym</p>
<p>VIII 10''</p> <p>9. y a ch'roul animal yatsaliywanchavhithphotocopiedhayen</p> <p>30 ''</p>	<p>Sur les deux cotés un animal yetssiadhyaliadhrar on dirait un dinosor</p> <p>Partie rose latérale</p>	<p>D Kan+ A sym</p> <p>D kan- A</p>
<p>IX 9' ''</p> <p>10. tsimesthichalenitsaliddoukand'guessdoukhanni its saniaadachkal</p> <p>30''</p>	<p>Thimesthdoukan</p>	<p>D Kob-tendance E f +element</p>

<p>X 10"</p> <p>11. plusieurs choses assif</p> <p>12. l'huthitsumou</p> <p>13. sur les cotés i ghava</p> <p>14. sin ivardhen</p> <p>15. el djissrguathlamast</p> <p>16. Djazira</p> <p>15"</p>	<p>(vert médian entier, en bas)</p> <p>(bleu latéral)</p> <p>(rose latéral)</p> <p>(bleu médian)</p> <p>(gris médian entier en haut)</p>	<p>DdbL F+ Géo</p> <p>D Kan- A F+-</p> <p>ID F+ pays</p> <p>DF+ FragSym DF+</p> <p>Archi</p> <p>DF- Géog</p>
--	--	--

Choix+: V ; VIII

V:<<place triste,smakhthayedlhalainuimihelkeh>>.(silence)

VIII:<<un animal issouhachen>>

Choix-:I; II

I:<<idhaou I rebi al+ alamineyatswakrah>>

II:<<amoutinyahawedj la famille win as yafkenafus>>

R	16	G	4	F	9	A	5	F %	56 %↓
TT				F+	8	H	3	F+%	89%↑
10'25''		G%	25%	F-	1	Bot1		F% elargi	94%↑
T/Rep				K	2	Frag 2		F+ elargie	87%↓
38''				Kan	4	Elem 1		A%	31 %↓
Tps LatMoy 16''		D	11	Kob1		Arch 1		H%	56 %↑
MA/GD						Géo 2		Frag	13
TRI 2 K/0C		D%	69			Pays 1		Elem	6
Introversifmixte								Arch	6
FC	5/o E	Ddbl	6%↓					Géo	13
RC	50%↑							Ban	1
								Ban	6%↓
								Choix +	I;II
								Choix-	V ; VIII

Impression générale

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

1.1 Les modes d'appréhension

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

-Pour G on remarque un seul G dans la planche IV.

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

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

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

-Ddbl PL X symbolise l'angoisse de morcèlement la 1ere réponse dans cette planche était à caractère positif, donnée dans l'appréhension du détail dans le blanc.

1.2 Les déterminants

D'après le protocole, on constate que le pourcentage des f % 56% est bas par rapport à la moyenne (60-65), le patient n'appréhende pas beaucoup la réalité extérieure dans sa forme. Par contre si la patiente appréhende cette réalité dans sa forme, elle reste efficace F+%89 la norme est (70-80), par contre, en aidant Teyeb Avec le f % élargi 94% qui est supérieur à la norme 80.

- Le contenu animal est inférieur A 31% la norme est (35-60).

- Le contenu humain est très supérieure H%56% dont la norme est (15-20).

- Les banalités 1 par rapport à l'ensemble des réponses données par Djamel 16.

1.2 Les réponses kinesthésiques

-**kinesthésie humain** : Elles sont présentes dans la planche I et la planche III.

-**kinesthésie animal** : Elle se présente à la planche V, VI, VIII.

-**kinesthésie d'objet** : Elle se présente à la planche IV.

Pour les mauvaises formes elles se présentent dans la planche X.

Conclusion du rorschach

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

Résumé du cas

Teyeb, semble investir ses relations avec son entourage. Il avait une certaine richesse fantasmagique caractérisé par le recours à l'imagination et l'expression de ses projets d'avenir proche et lointain, le mauvais souvenir c'est l'annonce de sa maladie son meilleur souvenir c'était avant sa maladie.

Concernant l'hypothèse du fonctionnement mental après l'entretien n'est pas clair, en attendant pour cette question les résultats de rorschach Bien que le nombre de réponse réduit R16, on souligne la richesse fantasmagique par le nombre élevé des réponses kinesthésiques adaptées à la réalité extérieure, donc l'hypothèse du fonctionnement mental de Teyeb est caractérisé par une bonne mentalisation à caractère obsessionnel, c'est-à-dire qu'il y a la richesse interne, qui ne s'exprime pas beaucoup à l'extérieur, mais il reste à souligner que son rapport à la réalité est très satisfaisant.

3. La méthode utilisée

Dans une recherche scientifique, le chercheur doit suivre une méthode adéquate à la nature de son étude.

La méthode est l'ensemble des processus, de démarches précises adoptées pour arriver à un résultat. La méthode est primordiale, et les procédés utilisés lors d'une recherche en déterminant les résultats donc c'est l'ensemble des étapes à suivre de façon systématique. (Angers, 1997, p.58).

L'importance de cette méthode ne se définit pas à l'aveuglette, mais se fonde sur des propositions réfléchies qui lui permettent de procéder avec rigueur à l'aide d'outils qui sont des moyens assurant à la fois le succès et la validité de la démarche.

3-1 La méthode clinique

Dans ce cadre notre recherche, nous avons choisi la méthode clinique, ce type de méthode qui convient à notre thème de recherche.

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes des sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La « méthode clinique » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapie (psychothérapie par exemple). Une mesure d'ordre sociale ou éducatif ou une forme de conseils permettant une aide, une modification positive de l'individu, la spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle (Fernandez&Pedenielli, 2006, pp.41-51).

Le premier niveau de la méthode clinique (recueil des informations) suppose la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite, du moins pour certaines techniques (tests projectifs, jeux, dessins...), ces techniques sont :

L'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin le jeu, l'analyse de textes écrits, l'observation, les informations pouvant faire l'objet de différentes analyses. Lorsque ces méthodes s'appuient sur un matériel standardisé, lorsqu'elles visent une objectivation (tests, échelles, observations standardisées...) on parle de « clinique armée » Par opposition la clinique « naturaliste » est parfois appelée « clinique à mains nues ».

Le second niveau de la méthode clinique peut être défini à partir de trois postulats : la dynamique, la genèse et la totalité. Tout être humain est en conflit, tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. Tout être humain est une totalité inachevée

qui évolue en permanence et ses comportements s'expliquent par son histoire. (Fernandez & Pedenielli, 2006, pp.41-51).

Le choix de la méthode clinique dans notre thème de recherche permet une étude approfondie à partir de l'étude approfondie du sujet humain considéré dans sa singularité. C'est le sujet acteur dans la situation observée qui est source de connaissance en validant empiriquement des hypothèses issues du matériel clinique ou des conceptions théoriques, la méthode clinique permet d'interpréter les résultats pour répondre à la validité de l'hypothèse et produire une connaissance nouvelle (nouveau phénomène clinique décrit, nouvelle loi, nouvelle interprétation ou nouveau modèle expliquant des phénomènes), et discuter les résultats obtenus avec ceux des autres travaux.

3-2 L'étude de cas

L'étude de cas est une description ou une analyse détaillée d'un cas, le « cas » est en règle générale un individu, une institution ou un peuple. Le chercheur recueille des données sur le cas par l'observation ou par une série d'entretiens, l'étude de cas ne repose pas exclusivement sur des données qualitatives : le chercheur les complète parfois par une analyse quantitative des données obtenues, notamment aux tests psychologiques. Cette méthode vise typiquement à rendre compte de la singularité et de la complexité du cas en présentant le plus de détails possibles sur celui-ci. Elle prend généralement la forme d'une description faite et a été utilisée en psychologie, pour étudier par exemple la mémoire, le développement cognitif et certaines psychopathologies. D'autres disciplines y ont également recours, comme la médecine, la neurologie, la psychiatrie ou la sociologie. (Grégoire & Arnaud, 2016, p.36)

Les études de cas n'ont pas vocation à fournir des informations sur les liens de causalité entre différents événements. Elles permettent néanmoins de faire émerger de nouvelles hypothèses qui peuvent être testées à l'aide de la méthode expérimentale. Elles offrent aussi la possibilité de proposer de nouvelles approches thérapeutiques. Comme celles qui ont été réalisées par Sigmund Freud et qui donneront naissance à la thérapie psychanalytique. Elles servent non seulement à décrire des pathologies rares, mais aussi, dans certains cas, à réfuter ou à continuer à valider un postulat théoriques. Les résultats de l'observation participante de Festinger et ses collaborateurs ont par exemple contribué à valider la théorie de la dissonance cognitive. Enfin cette méthode fournit des informations sur les comportements et le fonctionnement mental qu'aucune autre méthode ne permet de fournir. De fait, la psychologie est une discipline avant tout nomothétique. C'est-à-dire que l'ensemble des méthodes vise à

faire émerger des lois générales des comportements et du fonctionnement mental. Néanmoins, dans une perspective clinique, il est important de compléter cette approche nomothétique en s'intéressant à la singularité de chaque individu. C'est précisément ce que réalise l'étude de cas. . (Grégoire & Arnaud, 2016, pp.36-37).

Le choix de l'étude de cas à notre thème de recherche est déjà largement reconnu par la communauté scientifique pour sa contribution aux recherches de Type exploratoire et à la compréhension de facteurs difficilement mesurables. L'étude de cas étant multidimensionnelle ; l'étude de cas pour expliquer les liens complexes d'un phénomène contemporaine dans son contexte de vie réelle. C'est une approche de recherche empirique qui consiste à enquêter sur un phénomène, un événement, un groupe ou un ensemble d'individu, sélectionné de façon non aléatoire, afin d'en tirer une description précise et une interprétation qui dépasse ses bornes.

4-La population d'étude

Notre population d'étude comprend 4 sujets que nous avons sélectionnés à partir de 5 cas déjà vu dans notre pré-enquête, sur des bases et des critères précis d'homogénéité, ainsi certains facteurs jugés non pertinents n'ont pas été pris en compte.

-les critères d'homogénéité retenue

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

- L'âge ; tous les sujets sont des adultes, car a cet âge la personnalité des individus est inamovible selon P. Marty.
- Pour tous les cas sont tous atteint par l'insuffisance rénale chronique.
- Tous les cas soignent par le générateur dialyse et non par dialyse péritonéal.
- Tous les cas n'ont pas était greffé auparavant.
- Tous les cas ayant 20 ans ou plus en hémodialyse.

-Les critères non pertinents de sélection

- Le niveau socioculturel ; l'insuffisance rénal chronique peut toucher toutes les personnes quelques soit son rang social, ou sa culture sans aucune distinction.
- Le sexe ; cette variables n'est pris en compte étant donné que notre population englobe les deux sexes.

- La situation matrimoniale qu'il (elle) soit marié(e) ou célibataire, ce facteur n'a été pris en compte.

II) Les techniques utilisées

On note pour réaliser un travail scientifique, il est nécessaire de choisir les outils d'investigation pour avoir des résultats fiables.

Dans notre recherche nous avons utilisé en premier lieu l'entretien clinique, ensuite nous avons opté pour la passation de test projectif le rorschach, pour mesurer le type de fonctionnement mentale des hémodialysés.

1-L'entretien clinique

L'entretien clinique est donc la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expériences) témoignant la singularité et la complexité d'un sujet. La spécificité de l'entretien clinique réside dans l'établissement d'une relation asymétrique (Chiland, 1989) ou un sujet adresse une demande à un clinicien, ce dernier étant identifié par sa fonction et par sa position durant l'échange. Cette position dite « clinique » est généralement décrite par les caractéristiques suivantes : la concentration sur le sujet, la non-directivité (Rogers, 1942), la neutralité bienveillante et l'empathie. (Fernandez & Pedenielli, 2006, pp.41-51).

L'entretien clinique peut être mis en œuvre dans différents contextes et répondre à des objectifs différents : diagnostic, thérapeutique, recherche.

L'entretien de recherche peut être utilisé en référence à diverses méthodes expérimentales, biographiques, cliniques (Branchet, 1991), et en référence à différents modèles psychanalytiques, cognitifs et comportementaux, systémiques, phénoménologiques, humanistes, ethno psychiatriques (Cyssau, 1998). Si l'entretien est donc la technique permettant l'objectivation de la subjectivité, les conditions de production et d'analyse des discours interrogent la validité des connaissances produites (Blanchet, 1987). La dénomination « d'entretien clinique de recherche » condense ainsi tous les paradoxes liés à l'utilisation de la méthode clinique (Moro, 1993) comme méthode de recherche, on distingue trois formes d'entretiens cliniques de recherche :

- L'entretien non-directif : le clinicien-chercheur adopte l'attitude non directive et n'intervient pas sur le cours du discours du sujet.

- L'entretien semi-directif : l'attitude non-directive qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée avec le projet d'explorer des thèmes particuliers, le clinicien-chercheur a donc recours à un guide thématique. (Fernandez & Pedenielli, 2006, pp.41-51).

- L'entretien directif : ne peut être considéré comme un entretien clinique puisque sa forme est préalablement déterminée, par le chercheur, en fonction de ses hypothèses. Mener un entretien clinique de recherche consiste donc à recourir à une technique d'entretien de recherche (non directive ou semi-directive) tout en adoptant une attitude clinique dans la relation au sujet. (Bénony & Chahraoui, 2003).

Dans le cadre de notre recherche on a opté l'entretien semi-directif de la recherche, qui semble le plus adéquat pour vérifier l'hypothèse de notre étude et laisse le sujet répondre aux questions posées en toute liberté.

- **L'entretien semi-directif**

Se situe entre l'entretien directif et l'entretien non-directif. Il n'est pas totalement ouvert. Les thèmes à aborder sont fixés à l'avance. Mais l'ordre et la forme de présentation des thèmes sont libres. On procède en général à ce type d'entretien pour approfondir la connaissance d'un domaine ou vérifier l'évolution d'un phénomène connu. Pour Quivy & Campenhoudt. C'est la forme qui est certainement la plus utilisée en recherche. Pour eux, le chercheur dispose d'une série de questions-guides relativement ouvertes à propos desquelles il veut obtenir une information, il ne pose pas forcément toutes les questions dans l'ordre prévu initialement, il laisse venir le plus possible l'interviewé pour qu'il puisse parler selon une logique qui lui convient, l'intervieweur pose les questions que l'interviewé a abordées de lui-même (Vilatte, 2007, p.8).

Dans l'entretien semi-directif, le chercheur dispose d'un guide dans lequel certaines questions sont préparées mais, contrairement à l'entretien directif, il est libre de décider de l'ordre de ces questions, il les pose au moment qu'il juge le plus opportun. En recherche clinique, ce type d'entretien permet à l'individu d'associer librement ses pensées sur chacune des questions lesquelles servent de cadre et de trame à son récit.

- **Attitude du clinicien**
 - ✓ **Non directivité**

Selon Rogers (2005), la notion de non-directivité signifie que le clinicien laisse le sujet s'exprimer sur le thème de l'entretien. Il l'interrompt peu, fait quelques interventions qui manifestent une écoute attentive. Dans tous les cas, il le laisse exprimer ses idées librement sans essayer de l'influencer. Pour ceci, le clinicien établit un climat de confiance : il fait preuve de compréhension, d'empathie, de respect. Cette attitude non directive « implique que le clinicien ou le thérapeute ait confiance en son patient et dans ses capacités d'auto direction, de changement et dans ses possibilités personnelles » (Benony & Charaoui, 1999, p. 18)

- ✓ **Le respect**

Le clinicien respecte la qualité du patient, ses valeurs, son histoire, sa culture. Il se doit également de prendre en compte et de respecter certains aménagements défensifs patients qui ont une valeur protectrice pour lui. (Benony & Chahraoui, 1999, p. 32)

- ✓ **La neutralité bienveillante**

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

- ✓ **Empathie**

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

- **Guide de l'entretien**

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

Renseignement sur le sujet malade

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

Axe I : Informations concernant l'état de santé actuel

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

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

Axe II : Informations concernant l'état de santé antérieur

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

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

Axe III : Fonctionnement mental du patient

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

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

Parler-moi de vos rêves, décrivez-les, quelles sont les caractéristiques ? Vos rêves les plus répétitifs ?

- Quel est votre présentation sur ceux qui sont en bonne santé ?
- Quels sont vos projets futurs ?
- Parler-moi de ce que vous voulez ?

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

2-Le test du Rorschach

- **Historique**

Le Rorschach publié pour la 1ère fois en 1921 par un psychiatre suisse de génie « Herman Rorschach », le test des taches est construit selon les principes d'une méthode empirique non quantitative. Il sélectionne progressivement 15 planches, il faut un rapport sur le travail d'expérimentation et recherche un éditeur, il obtient un contrat d'édition et celui-ci conserve 10 planches et change les couleurs, puis sélectionna celle qui discriminait au mieux les malades mentaux des sujets dit « normaux »

Il s'est basé, pour l'interprétation, sur l'opposition entre les personnalités extratensive et les personnalités introverties. (J.L.Bernande, 1998, p.11).

- **La définition du test de Rorschach**

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

- **Le matériel du test de Rorschach**

Le test se compose de dix images figurant chacune sur un support cartonné (24*24). Communément appelé « planche », les images sont en fait des taches d'encre symétrique, aux teintes divers : grises et noire pour la planche I, IV, V, VI, VII. Noire et rouge pour la planche II, III, et colorées pour les trois dernières planches, le fon est toujours blanc, chaque planche est numérotée de 1 à 10.

Correspondant à l'ordre de leur présentation pendant l'administration, elles sont présentées au sujet testé dans un même sens bien précis. (J.Richelle, 2009, p.150).

La situation de Rorschach

Le sujet en situation projective est invité à parler tout aussi librement sauf que ses réponses doivent être associées à partir du matériel, ce qui constitue une première contrainte dans la prise en compte de la réalité externe, perceptive du stimulus et par ailleurs, il ne dispose que d'une séance pour la passation, il y a donc liberté et contrainte, le psychologue adopte une attitude de neutralité bienveillante, il ne suggère pas, il n'interprète pas, il ne juge pas (il n'y a de bonne ou de mauvaise réponses). (C. Chabert, 2004, p. 111).

- **La consigne du test de Rorschach**

Lors d'un examen psychologique, les planches de Rorschach sont présentées toujours dans le même ordre au patient. La consigne est simple : « on lui demande ce que ces taches pourraient être ou à quoi elles pourraient ressembler. L'utilisation du conditionnel marque clairement qu'il s'agit d'une interprétation. (D. Anzieu et C. Chabert, 1987, p. 5)

- ✓ **Le premier temps**

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

L'examineur note toutes les réponses du sujet, ainsi que ses commentaires et son comportement, la durée de chaque planche et le temps de latence qui s'écoule entre la présentation de la planche et la première réponse effective donnée par le sujet. (D. Anzieu et C. Chabert, 1987, p.57).

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

L'examineur note également tous les changements dans les positions de planches (planche droite, planche renversée, planche mise sur le côté : < ou > le retournement des planches signifient soit un esprit méthodique, qui explore systématiquement toutes les possibilités de la

planche ; soit une attitude d'opposition, qui consiste à prendre le contre-pied de ce qui est proposé.

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

✓ **Le deuxième temps**

Une fois la passation terminée, l'examineur revient sur chacune des réponses pour faire préciser au sujet où et comment il l'a vue c'est l'enquête ; elle est indispensable pour coter chaque réponse selon les trois colonnes requises (localisation ; déterminant ; contenu ; quatrième colonne servant seulement à noter les banalités et les tendances).

✓ **Le troisième temps**

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

III) analyse des techniques utilisées

1 Les données de l'entretien clinique

I). La sante physique:

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

II). Les caractéristiques du fonctionnement mental

4. La vie relationnelle ; (relation avec l'équipe soignante, famille, environnement socioprofessionnelle...).
5. Les événements importants dans la vie du patient.
6. Les caractéristiques de la vie onirique du patient.

7. Capacité d'exprimer et d'association concernant souvenirs et projets d'avenir.

2- L'analyse de Rorschach

✓ L'analyse du protocole Rorschach

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

- **La cotation**

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

- **Le psychogramme**

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

Sur le plan qualitatif, la procédure est comme suit :

1. Approche cognitive : comprend

1.1 Les modes d'appréhension

1.2 Les déterminants

2. Facteurs relevant de la dynamique conflictuelle

2.1. Les réponses Kinesthésiques

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

Concernant les cotations des réponses dans les protocoles Rorschach on va utiliser le livret de cotations de Cécile Beizman, les banalités on va s'appuyer sur la liste algérienne de A. Si

Mossi et collaborateur, à propos de l'analyse des protocoles on va se basé sur la méthode de Catherine Chabert. (A.SiMoussi, M.Benkhlif et coll, 2004, p.356).

3-L'hypothèse du fonctionnement

En réalité on ne peut pas séparer l'étude des processus cognitifs des dynamiques conflictuelles du patient, car l'étude doit porter sur le contexte général du protocole et la relation de chaque réponse à celles qui la précède compte tenue des planches refusées ainsi que symbolique de chaque planche.

« Pour que l'analyse du matériel du test prend son sens opérationnel, lors de l'application des conceptions du contenu manifeste et celui des sollicitations latentes des planches qui est d'une dimension plus profonde des sollicitations perceptives, ou elles évoquent la fantasmagorie et l'affectivité des différents contenus conflictuels, pour que le tout soit intégrer dans le dynamisme libidinal du développement ». (D.Anzieu, C. Chabert, p. 117).

3.1 La mentalisation à travers le Rorschach

- **Les névroses bien mentalisés**

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

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

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

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

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

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

-La présence des réponses organisées associés a un déterminant kinesthésique

-La variation des contenus confirme les variations des investissements.

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

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

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

-Refus de certaines planches donc certaines situations.

-L'hyper investissement de la réalité extérieure des planches qui signifie le conformisme opératoire sans l'investissent de la vie interne.

-Manques de réponses Kinesthésiques qui signifient la grande carence de la vie pulsionnelle (libidinal, agressive).

-La répétition des mêmes réponses malgré le changement de la planche (stimulus) qui nous donne une persévération.

-Règne des contenus anatomiques avec la description morcelée du corps.

-On peut trouver un pourcentage élevé des réponses banales qui s'inscrit beaucoup plus dans la recherche du conformisme.

-L'absence des réponses sensorielles et même si elle est abordée reste une réponse sensorielle pur (C, C) évoquées dans les planches chromatiques, sont des sensations relative au stimulus extérieur de la planche.

-Critique de la situation.

-Le retournement des planches.

Les névroses à mentalisation incertaines

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

4-La présentation des cas

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

-On analyse les données de l'entretien clinique de chaque cas, compte tenu des hypothèses de notre recherche.

-On analyse les protocoles du (ROR), des insuffisants rénaux cas par cas, et de donner l'hypothèse du fonctionnement mentale de chacun des patients.

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

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

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

Conclusion

Dans ce chapitre consacré à la méthodologie, nous avons tenté de présenter certaines règles et étapes à suivre dans notre recherche pour nous aider à mieux planifier et organiser notre travail et interpréter les données. Toue fois, ce chapitre nous a permis également d'organiser et de structurer notre travail de recherche, il est important de souligner que cette partie méthodologique contient les démarches de la recherche telle que la pré-enquête, l'entretien clinique, le teste de rorschach.

Conclusion Générale

Conclusion générale

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

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

A la lumière de notre étude menée sur l'insuffisance rénale chronique et à travers les résultats obtenus nous pouvons retenir que, l'insuffisance rénale est une maladie chronique incurable qui touche la moitié de la population du globe.

En effet, cette pathologie entraîne de nombreuses répercussions sur la vie quotidienne et sur la qualité de fonctionnement mental. Ces répercussions sont souvent mal vécues par les personnes concernées et par leur entourage.

Dans le cadre de notre recherche intitulé « le fonctionnement mental des insuffisants rénaux ayant plus de 20ans en hémodialyse », on a tenté de démontrer l'implication et l'influence d'une maladie organique l'IRCT sur le fonctionnement mental des patients dialysés qui sera une bonne mentalisation ou mauvaise ou incertaine.

En ce sens, on s'est référé dans notre étude sur la théorie psychosomatique de P. Marty et la classification nosographique tout en s'appuyant sur les différents niveaux de mentalisation.

La gestion des excitations, selon la conception de P. Marty, quelle soient internes ou externes, est différente d'une personne à une autre. La personne qui traite l'excitation par le biais de son appareil psychique en la transformant en énergie psychique qui à son tour produit une symptomatologie mentale/ou caractérielle. Ce travail psychique apparaît chez des personnes dotées de mécanismes labiles et rigoureux ainsi que d'une richesse fantasmatique. Par contre, les personnes dépourvues de rigueur défensive et de richesse fantasmatique, c'est-à-dire qui peuvent élaborer les excitations au niveau psychique (les diriger dans le secteur

Conclusion générale

psychique seulement), sont contraint d'utiliser d'autres mécanismes comme le caractère et le comportement. Si cela n'est pas possible, il en résulte un processus de somatisation soit par régression soit par désorganisation somatique. L'apport de l'environnement joue un rôle principal dans le maintien de l'équilibre psychosomatique, l'entournement quel que soit, familiale, social, professionnel ou bien relationnel influence beaucoup sur les sujets malades quel que soit favorable ou défavorable, dans la névrose mal mentalisés il y'a le surinvestissement de la fonction de « par excitation », ce dynamisme remplace la fonction défaillante du système préconscient et de la partie défensive du Moi et protège le corps.

Toutes les modalités du fonctionnement se caractérisent par l'irrégularité du fonctionnement mental. Ces unités sont : la névrose bien mentalisé a bon mentalisation qui se caractérise par une capacité de tolère, de traiter ou de négocier l'angoisse, on trouve aussi une bonne qualité d'élaboration psychique et aussi une bonne représentation et une pensée riche. La mentalisation incertain dont la symptomatologie est douteuse, le fonctionnement est peu solide dans l'irrégularité du fonctionnement est patente. Enfin, la névrose mal mentalisée dans laquelle, nous retrouvons les sujets qui représentent une névrose de comportement qui se caractérise par une pauvreté des représentations, ils sont plus exposés à la somatisation.

En raison, des difficultés de notre recherche ainsi que les conditions de santé dans laquelle nous vivent récemment et on raison de mesure préventive contre le virus du « Covid19 ». Nous n'avons pas l'occasion de nous rejoindre les hôpitaux et les centre de dialyse pour mener à bien notre recherche par les entretiens et la passation des tests avec les patients dialyse afin de confirmer les hypothèses de Rorschach.

Bibliographie

Bibliographie

1. Anzieu, D., Chabert, C. (1987). *Les méthodes projectives*. Paris, France : PUF.
2. Beizmann, C. (1961). *Livre de cotation des formes de Rorschach*. Paris, France : Centre de psychologie appliquée.
3. Bénony, H., Chahraoui, K. (1999). *Méthodes, évaluation et recherche en Psychologie clinique*. Paris, France : Donud.
4. Bergert, J. (1972). *Abrégé de psychologie pathologique théorie et Clinique*. Paris, France : Masson.
5. Boubchir, M. A. (2004). *Monographie sur l'insuffisance rénale chronique*. Alger, Algérie : Office des publications universitaire.
6. Boubchir, M. A. (2004). *Monographies sur l'insuffisance rénale Chronique*. Alger, Algérie : Office des publications universitaires
7. Boubchir, M. A. (2007). *Maladies rénales*. Alger, Algérie : Office des publications universitaire.
8. Cardenas, M.S., Besançon, G. (1989). *troubles psychiques au cours de L'hémodialyse chronique et de la transplantation rénale* in *hémodialyse Chronique et transplantation rénale*. n°6, pp. 75-82.
9. Chabert, C. (2004). *Psychanalyse et méthode projective*. Paris, France : Dunod
10. Chahraoui, Kh., Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris, France : Dunod.
11. Chemouni, J. (2000). *Psychosomatique de l'enfant et de l'adulte*. Paris, France : Nathan.
12. Chilland, C. (1983). *L'entretien clinique*. Paris, France : PUF.
13. Consoli, S.M. (1990). *Troubles psychiatriques des insuffisants rénaux chronique*. Paris, France : Dunod.
14. Cupa, D. (2002). *psychologie en néphrologie*. Paris, France : PUF
15. Debray, R. (1983). *L'équilibre psychosomatique*. Paris, France : Dunod
16. Haynal, A., et al. (1978). *médecine psychosomatique aperçu Psychosociaux*. Paris, France : Masson

17. Kamienieniecki, H.(1994).Histoire delapsychosomatique. Paris, France :PUF
18. Marty,P. (1976). Les mouvements individuels devie et demort, essai d'économiepsychosomatique.Paris, France : Payot.
19. Marty, P. (1980).L'ordreprychosomatique.Paris, France : Payot
20. Marty,P.(1984). à propos des rêveschezlesmalades somatiqueinRevue française de psychanalyse. 5/1984PP. 1144-1161.
21. Marty,P. (1990). Lapsychosomatiquedel'adulte. Paris, France :PUF.
22. MartyP. (2004).Lapsychosomatiquedel'adulte. Paris, France : PUF.

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

Résumé

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est une pathologie grave invalidante, et constitue un véritable problème de santé publique, en constante augmentation, plusieurs facteurs sont incriminés dans l'apparition et la progression des néphropathies (hypertension le diabète réalise les facteurs de risque majeurs de la progression des néphropathies vers un stade ultime à savoir l'insuffisance rénale terminal) ; l'insuffisance rénale chronique bouleverse le fonctionnement psychologique de patient dans tous les cas, la maladie aura des incidences sur la vie quotidienne et socioprofessionnelle du malade. Selon sa personnalité, le patient va mettre en œuvre différentes mécanismes de défense progressivement, il va déployer des stratégies d'adaptation qui peuvent avoir des conséquences sur l'entourage.

Summary

Chronic renal failure (CRF) is a serious disabling pathology, and constitutes a real public health problem, in constant increase, several factors are incriminated in the appearance and the progression of nephropathies (hypertension the diabetes carries out the major risk factors the progression of nephropathies to an ultimate stage, namely end-stage renal failure); Chronic renal failure disrupts the psychological functioning of the patient in all cases, the disease will have an impact on the daily and socio-professional life of the patient. Depending on his personality, the patient will gradually implement various defense mechanisms; he will deploy adaptation strategies which can have consequences on those around him.