

**UNIVERSITE ABDERRAHMAN MIRA DE BEJAIA**

**FACULTE SCIENCES HUMAINS ET SOCIALES**

**Département des sciences sociales**

**Mémoire de fin de Cycle**

**En vue de l'obtention du diplôme de Master en psychologie**

**Option : psychologie clinique**

**Thème**

**La qualité de l'image du corps chez les dialysés  
péritonéales**

**Réalisé par :**

- M<sup>lle</sup> KhitemeneThiziri
- M<sup>m</sup> Kheloufi Meriem

**Encadré par :**

D<sup>r</sup> Sahraoui.I

**Promotion : 2016/2017**

## Remerciements

Ce mémoire est le fruit d'une année universitaire, qui m'a permis d'alimenter mes connaissances et ma curiosité scientifique.

Ce travail de fin cycle n'aurait pu être réalisé sans l'aide de certaines personnes, il nous paraît important de les remercier pour l'attention qu'elles ont porté à notre égard vis-à-vis de ce mémoire : M<sup>me</sup> Sahraoui, mon encadreur, ses orientations, sa disponibilité et sa réponse, a mes attentes.

Mes remerciements s'adressent également à tous les enseignants qui m'en servis durant mon cursus universitaire.

Je remercie également tous le service de médecine l'égal de l'hôpital Mohamed Nedir de Tizi Ouzou.

# *Dédicaces*

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il  
faut... Tous les mots ne sauraient exprimer la  
gratitude, L'amour, le respect, la reconnaissance...*

*Aussi, c'est tout simplement que*

*Je dédie cette*

*Thèse ...*

## À MES CHERS PARENTS

Salah et NOURIA

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon instruction et mon bien être. Je vous remercie pour tout le soutien et l'amour que vous me portez depuis mon enfance et j'espère que votre bénédiction m'accompagne toujours. Que ce modeste travail soit l'exaucement de vos vœux tant formulés, le fruit de vos innombrables sacrifices, bien que je ne vous en acquitterai jamais assez. Puisse Dieu, le Très Haut, vous accorder santé, bonheur et longue vie et faire en sorte que jamais je ne vous déçoive.

## A MES CHERS ET ADORABLE FRERES ET SŒUR

Maya, la prunelle de mes yeux et son marie Idir, Nadir le généreux, Athmane mon petit frère que j'adore. En témoignage de mon affection fraternelle, de ma profonde tendresse et reconnaissance, je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu, le tout puissant, vous protégez et vous garde.

## À MES CHERS PETITS NEVEUX

Youssef Seddik, Soulaymane Ikhailil. Aucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour que j'ai pour vous, Votre joie et votre gaieté me comblent de bonheur. Puisse Dieu vous garder, éclairer votre route et vous aider à réaliser à votre tour vos vœux les plus chers.

## A MA GRAND MERE Zakia.

Qui m'a accompagné par ses prières, sa douceur, puisse Dieu lui prêter longue vie et BCP de santé et de bonheur dans les deux vies.

## A LA MEMOIRE DE Mon GRAND-PERE Khoudhir.

J'aurais tant aimé que vous soyez présent Que Dieu ait vos âmes dans sa sainte miséricorde

## À MES CHERS ONCLES, TANTES

Samou, Mimi, Fadila, Chafika, Nadira, Naima, Sonia, Nassim, Selimane, Nasser dine, Sadek

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et Mon affection la plus sincère.

À MES AMIS ET MES VOISINS DE TOUJOURS :

FAROUK, MERIEM, FAIZA, MERIEM, LITISSIA

En souvenir de notre sincère et profonde amitié et des moments agréables que nous avons passés ensemble. Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

À TOUTES LES PERSONNES QUI ONT PARTICIPÉ A  
L'ÉLABORATION DE CE TRAVAIL À TOUS CEUX QUE J'AI

OMIS DE CITE

**Khitemene Thiziri**

Je dédie ce modeste travail :

A Mon chère marie qui ma toujours soutenu pendant la réalisation de ce travail.

Aux deux personnes qui me sont très chère au monde :

A Mon très chers Papa qui ma toujours soutenu dans mes études.

A Mon très chère Maman qui se travail soit pour toi la récompense d'amour et de reconnaissance pour tout ce que se fait pour mo.

A mes Frères : Mahraz, Wahab, Hicham

A mes seours : Rachida, Imane, Dihia, Assia, Samira.

A ma chere et bénome Thiziri

A toute ma famille et mes amies.

**KHELOUFI Meriem**





## Sommaire

|                            |   |
|----------------------------|---|
| Introduction Générale..... | 1 |
|----------------------------|---|

### **Partie Théorique**

#### **Chapitre 1:Le coté médical de la dialyse péritonéale**

|  |   |
|--|---|
| Introduction.....  | 3 |
| I) L'insuffisance rénale.....  | 3 |
| 1. La définition du l'insuffisance rénale.....                               | 3 |
| 2. Les causes et les symptômes de l'insuffisance rénale chronique (IRC)..... | 3 |
| 3. Les causes et les symptômes de l'insuffisance rénale aiguë (IRA).....     | 4 |
| II) Hémodialyse et dialyse péritonéale.....                                  | 5 |
| 1. Définition de la dialyse péritonéale.....                                 | 5 |
| 2. Les principes de la dialyse péritonéale.....                              | 6 |
| 3. Les méthodes de la dialyse péritonéale.....                               | 6 |
| III) La dialyse en Algérie.....  | 8 |
| Conclusion.....  | 9 |

#### **Chapitre 2 : Le vécu psychologique de la dialyse péritonéale**

|  |    |
|--|----|
| Introduction.....                                    | 10 |
| I) Les répercussion de la dialyse péritonéale .....  | 10 |
| II) Réaction psychique à la dialyse péritonéale..... | 14 |
| 1. Le moment de l'annonce de maladie.....            | 14 |
| 2. La réaction du patient envers sa maladie.....     | 14 |
| 3. Le travail du deuil.....                          | 15 |
| 4. Les difficultés sexuelles.....                    | 16 |
| III) La prise en charge psychologique.....           | 17 |
| Conclusion.....                                      | 19 |

#### **Chapitre 3: L'image du corps**

|   |    |
|---|----|
| Introduction.....                             | 20 |
| I) Image du corps et schéma corporel.....     | 20 |
| II) Les dimensions structurelles.....         | 26 |
| III) La perturbation de l'image du corps..... | 31 |

|  |           |
|--|-----------|
| IV) Les thérapies basées sur l'image du corps.....   | 36        |
| Conclusion.....                                      | 38        |
| <b>Chapitre 4 : Problématique et hypothèses.....</b> | <b>39</b> |

## **Partie Méthodologique**

### **Chapitre 5 : La méthodologie**

|  |    |
|--|----|
| Introduction.....                          | 46 |
| 1) La démarche de la recherche.....        | 46 |
| 1-1La pré-enquête.....                     | 46 |
| 1-2La méthode clinique.....                | 46 |
| 1-3Présentation de lieu de recherche.....  | 48 |
| 2) La population d'étude .....             | 49 |
| 3) les techniques utilisées.....           | 50 |
| 3-1L'entretien clinique.....               | 50 |
| 3-2Le test du Rorschach.....               | 54 |
| 4) Analyse des outils utilisés.....        | 56 |
| 4-1 L'analyse de l'entretien clinique..... | 56 |
| 4-2 L'analyse du Rorschach.....            | 57 |
| Conclusion.....                            | 58 |

## **Partie Pratique**

### **Chapitre VI : Présentation des résultats**

|                   |    |
|-------------------|----|
| Cas du Anas.....  | 59 |
| Cas du Malek..... | 72 |
| Cas du Amina..... | 82 |
| Cas du Nour.....  | 92 |

### **Chapitre VII : Discussion des hypothèses.....**

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| Conclusion générale ..... | 108 |
| Bibliographie .....       | 110 |
| Annexes.....              | 113 |

### Introduction générale

L'être humains est une unité multidimensionnelle (sociale, culturelle et économique) qui est prédisposé aux différents événements positifs et négatifs tel que les traumatismes et les maladies qui sont en étroite interaction entre son psychisme et son corps. Ses interactions provoquent chez lui des altérations de la santé qui peuvent aboutir à des complications. On dira que l'individu peut atteindre des maladies réversible ou irréversible.

L'insuffisance rénale terminale, se définit comme le stade finale d'une longue dégradation et fait partie des maladies qui demeurent longtemps insoupçonnées. Chez un nombre de patients, la maladie n'est découverte que lorsque les reins sont déjà fortement et irréversiblement endommagés. Les personnes atteintes nécessitent un traitement immédiat par hémodialyse ou la dialyse péritonéale, ou bien une greffe de rein, d'un donneur vivant cadavérique.

Le traitement par la dialyse péritonéale nécessite la mise en place d'un cathéter dans le ventre qui va jusqu'à péritoine. C'est le péritoine qui filtre le sang à l'aide d'une de solution (le dialysat) qui passe par le cathéter.

Souvent chaque individu a une image de lui-même, une représentation personnelle de ce qu'il est, qu'elle soit acceptable ou détériorée. De même, on a l'habitude d'utiliser l'expression d'être « bien ou mal dans sa peau » ou « bien dans son corps, bien dans sa tête ». Cela nous montre que notre propre représentation personnelle, l'estime que nous avons de notre corps physiquement aura plus de mal à s'assumer dans la vie de tous les jours, que quelqu'un qui est en accord avec lui-même.

L'introduction du cathéter dans la peau est vécue comme répétition du trou occasionné par le rein défaillant. Il va de même pour le péritoine percé qui soulève des inquiétudes au sujet de l'intégrité du corps. La personne qui sera plus confiante aura plus de facilités à s'intégrer, prendra plus d'initiatives, ...etc. A l'inverse ne pas estimer l'image de son corps le comportement personnel et celui des autres l'affecte : isolement, repli sur soi, ...etc.

Dans notre travail de recherche nous nous sommes intéressés à l'étude de la dialyse péritonéale et ses répercussions sur l'image du corps et pour cela notre terrain d'étude est être à l'hôpital Nedir Mohammed de la wilaya de Tizi Ouzou, dont on a pu constituer notre population d'étude, et nous avons utilisé l'entretien semi-directif et de test de rorschach pour l'évaluation de l'image du corps.

La théorie psychanalytique est le cadre référentiel de notre recherche qui va être porté sur quatre cas, en dialyse péritonéale, notre objectif est de savoir à quel point cette maladie chronique peut affecter sur l'image du corps de patient.

Donc notre but de recherche est d'étudier et évaluer l'image du corps. Pour atteindre notre objectif, nous avons instauré un plan de travail qu'on a divisé en trois parties.

- La partie théorique : elle est subdivisée en quatre chapitres intitulés :
  - Chapitre I** : Le côté médicale de la dialyse péritonéale.
  - Chapitre II** : Le vécu psychologique de la dialyse péritonéale.
  - Chapitre III** : L'image du corps.
  - Chapitre IV** : Problématique et hypothèses.
- La partie méthodologique : elle est consacrée au chapitre suivant :
  - Chapitre V** : La démarche de la recherche et la population d'étude, et les techniques utilisées et leurs analyses.
- La partie pratique : Elle est consacrée aux deux chapitres suivants :
  - Chapitre VI** : La présentation et analyse des résultats.
  - Chapitre VII** : Discussion des hypothèses.

Enfin, on a clôturé notre recherche par une conclusion générale, dans laquelle on a posé d'autres questions de perspective concernant ces malades chroniques de cette catégorie, dans le but d'ouvrir le champ à d'autres recherches.

# ***CHAPITRE I***

## ***LE COTE MEDICAL DE LA DIALYSE PERITONEALE***

## **Introduction**

L'insuffisance rénale chronique(IRC) est devenue un problème de santé publique par sa fréquence de plus en plus élevées avec l'allongement de l'espérance de vie. Le patient relève alors d'un traitement de la suppléance par dialyse ou transplantation rénale. Dans notre travail de recherche nous avons focalisé sur le traitement par dialyse péritonéale.

## **I. L'insuffisance rénale**

### **1. La définition de l'insuffisance rénale**

Le rein est un Organe pair placé dans l'abdomen à côté de la colonne vertébrale, qui forme l'urine à partir de la filtration du sang, élimine des déchets, participe à l'équilibre de l'eau et des minéraux dans l'organisme, et sécrète diverses substances. ( [Http://www.Larousse.fr/dictionnaire/francais/rein/67753](http://www.Larousse.fr/dictionnaire/francais/rein/67753)).

L'insuffisance rénale est définie comme une diminution du pouvoir épurateur des reins et correspond donc à une diminution de nombre de néphrons fonctionnels. L'insuffisance rénale se définit en deux types : l'insuffisance rénale aiguë (IRA) correspond à un arrêt brutal de la fonction de la plus part des néphrons, qui au départ fonctionnaient plus ou moins normalement et l'insuffisance rénale chronique(IRC) qui correspond à une diminution progressive dans le temps, du nombre de néphrons fonctionnels. (L.Radermacher, 2004, P. 14).

La maladie rénale est le plus souvent silencieuse et il est ainsi difficile de connaître avec exactitude de la date de son apparition, le stade d'insuffisance rénale terminale (IRT) est par contre symptomatique avec les signes clinique liés à l'intoxication urémique. (P.Simon, 2007, P. 05).

### **2. Les causes et les symptômes de l'insuffisance rénale chronique (IRC)**

- Les causes sont très diverses :
  - Infectieuses (pyélonéphrite chronique).
  - Toxiques (métaux lourds...).

- Immunologiques (lupus érythémateux, maladie de syndrome de good Pasture...).
  - Héritaires (maladie d'al port...).
  - Métaboliques (hypokaliémie chronique ...).
  - Endocrines (diabète,...etc.).
  - Néoplasiques (métastases...).
  - Vasculaire (embolies ...).
- Les symptômes peuvent être variables, liés à :
- une surcharge hydro sodée (dyspnée).
  - une anémie (asthénie).
  - l'accumulation d'acide urique (crise de goutte).
  - l'accumulation de potassium (troubles du rythme cardiaque...).
  - l'accumulation d'acides organiques et inorganiques (asthénie, douleurs et crampes musculaires...).
  - l'accumulation de moyennes molécules (poly neuropathie généralement des membres inférieurs se manifestant par des douleurs, des crampes musculaires, des paresthésies).

### 3. Les causes et les symptômes de l'insuffisance rénale aiguë (IRA)

- Les causes d'IRA sont plus restreintes que celles d'IRC :
- Pré glomérulaires ou « pré rénales » (tout état de choc ...).
  - Intra glomérulaires (glomérulonéphrite aiguë ...).
- Les symptômes d'IRC :
- Une évaluation rapide des taux sanguins de créatinine et durée.
  - Une hyperkaliémie avec troubles de rythme cardiaque(BAV).
  - Tubulaire (Toxique (métaux lourds, produits de contraste radiologie)...).
- (L.Radermacher, 2004, P. 14-15).



## II. Hémodialyse et dialyse péritonéale

La dialyse est une méthode d'échanges entre deux solutions, le sang et liquide appelé « dialysant » fait appel à une membrane qui joue le rôle de filtre et sert à éliminer les toxines et les excès de liquide de sang, il existe deux types de dialyse : la dialyse péritonéale et l'hémodialyse. Le choix d'une méthode plutôt que l'autre repose sur l'âge du patient et sa capacité. ([Http://www.passeport.santé.net](http://www.passeport.santé.net) ).

La dialyse a pour objectif de suppléer temporairement à la fonction rénale défaillante. Elle doit d'une part corriger ou prévenir les manifestations du syndrome urémique et de ses complications, d'autre part assurer le maintien de l'homéostasie jusqu'à la phase de récupération rénale. (P.Simon, 2007, P. 84).

### 1. Définition de la dialyse péritonéale

La dialyse péritonéale c'est l'une des méthodes d'épuration extra rénale. Elle utilise le péritoine (membrane naturelle qui entoure les organes digestifs) comme membrane de dialyse à travers de laquelle s'effectuent les échanges entre le sang à épurer et le dialysat. Un cathéter en plastique souple vous est implanté chirurgicalement sous anesthésie générale dans votre abdomen au niveau de l'ombilic. Une partie du cathéter (environ 30 cm) demeure à l'extérieur du corps et se dissimule facilement sous les vêtements. Il assure la jonction entre votre organisme et les poches de dialysat. La pose de ce cathéter nécessite, 48h auparavant, une préparation cutanée et éventuellement intestinale (laxatif). Ses composants favorisent l'élimination de l'eau excédentaire et des substances toxiques produites par l'organisme.

Le péritoine est une membrane semi-perméable tapissant la cavité abdominale et les viscères (feuillet pariétal et feuillet viscéral) déterminant ainsi la cavité péritonéale dans laquelle sera introduite le dialysat.

La surface du péritoine est à peu près équivalente à la surface corporelle (1 à 2 m<sup>2</sup>). Le péritoine constitue en quelque sorte un « sac » ferme et étanche.

Le dialysat est le liquide que l'on introduit dans la cavité péritonéale. La cavité péritonéale peut contenir un grand volume de liquide: en général, les volumes utilisés en dialyse sont de 1.5-2litre à 3litre.

La dialyse péritonéale est utilisée pour : le sujet âgé avec l'aide d'une I.D.E. ou avec sa famille, les personnes jeunes en attente d'une greffe, les sujets ayant un mauvais état vasculaire, les enfants et les sujets diabétiques insulino-dépendants, etc. Elle est contre indiquée pour des personnes ayant : des cicatrices abdominales nombreuses, éviscération, dénutrition sévère, insuffisance respiratoire sévère. (M.Thionville, 2006, P. 02-06).

## **2. Les principes de la dialyse**

### **2.1 L'infusion :**

La poche neuve de dialysat est accrochée à un point élevé, ce qui permet sa vidange par gravité dans la cavité péritonéale après ouverture du clamp de la ligne ou du prolongateur.

### **2.2 La stase :**

C'est la période pendant laquelle le liquide de dialyse reste en place dans la cavité péritonéale. Cette période est importante car les échanges se font.

### **2.3 Le drainage :**

Pour drainer la cavité péritonéale, il faut placer la poche vide en position basse et ouvrir le clamp qui ferme la ligne ou le prolongateur. Par gravité, le dialysat usagé doit couler de la cavité vers la poche. (M.Thionville, 2006,P. 28-31).

## **3. Les méthodes de la dialyse**

- **La DPCA (Dialyse Péritonéale Continu Ambulatoire)**

La DPCA est une méthode qui nécessite 4 à 5 échanges de poches de dialysat par jour selon la prescription médicale. Le changement de chaque poche nécessite environ 30 minutes.

Dans un premier temps, on laisse s'écouler le liquide chargé de substances toxiques et d'eau excédentaire par le cathéter hors de la cavité abdominale dans une poche vide. Ensuite, on remplit à nouveau la cavité abdominale avec le dialysat provenant d'une poche préchauffée.

Ce liquide restera dans l'abdomen jusqu'au prochain changement de poche. Différents dispositifs sont proposés pour faciliter les connexions, au besoin l'aide d'un membre de la famille ou d'une infirmière est possible.

- **Dialyse Péritonéale Automatisée (avec machine) ou DPA**

Selon P.Y. Martin (2016), la DPA est une méthode qui permet d'exécuter la dialyse à la maison durant la nuit. On branche chaque soir à une machine de dialyse péritonéale qui effectue automatiquement les échanges pendant la nuit. Le matin, on débranche et on peut vaquer aux occupations durant la journée.

### **3.1 Les complications**

- Surcharge liquidienne.
- Sécheresse.
- Dérangement.
- Un mauvais drainage.
- Fuites de liquide.
- Les infections du site de sortie.
- Hernie.
- Péritonite. (J.M.Krzesinski, 2010).

### **3.2 L'hygiène :**

Une bonne hygiène corporelle est impérative car a pour but de diminuer le nombre de germes présents dans le voisinage immédiat du cathéter.

Après cicatrisation complète de la plaie opératoire, le patient peut prendre des douches (bain pas recommandé pour éviter le ramollissement de la peau autour de l'émergence du cathéter) La surveillance de l'émergence se fait à chaque fois avant réfection du pansement. ( M.Thionville, 2006, P.53-54).

### III. La dialyse péritonéale

La dialyse péritonéale n'a pas connu, en Algérie, le même "succès" que l'hémodialyse chronique. La dialyse péritonéale n'a pas bénéficié des mêmes investissements humains et financiers. Pour exemple, les caisses de Sécurité sociale algériennes ne prennent pas en charge, directement, cette thérapeutique, à ce jour.

Le nombre, total, de patients traités par la DP, en Algérie, reste très faible. Selon les années, il y a seulement 400 à 700 malades qui vivent grâce à cette méthode de suppléance. Ce nombre, hélas trop bas (03 à 06 % du total des dialysés chroniques), donne une idée du retard qu'accuse notre pays, en matière de développement de la dialyse péritonéale.

La totalité des patients, traités par dialyse péritonéale, sont pris en charge par les services de néphrologie des CHU du Nord et par quelques hôpitaux non-universitaires. La technique de DP reste, pour le moment, "cantonnée" au nord du pays et elle n'est "pratiquée" régulièrement que par de trop rares néphrologues engagés, exerçant dans les CHU.

Plus de 30 années après son introduction, dans deux CHU d'Alger, dès 1980 et à l'hôpital de Koléa, en 1982, la dialyse péritonéale reste une technique marginalisée. Elle est, très largement, "sous-utilisée" par la communauté des néphrologues algériens. Elle est, pourtant, largement utilisée dans les autres pays; à hauteur de 45 % au Royaume Uni; à près de 90 % au Mexique; à 50 % dans les pays scandinaves; à 95 % à Hong-Kong et à Singapour; à 45 % au Japon et en Corée du Sud; à 35 % aux USA et à 70 % au Canada. La DP est nettement moins coûteuse que l'HD en centre et elle est reconnue comme la meilleure "salle d'attente" pour la transplantation rénale !

En outre, seule la Dialyse Péritonéale Manuelle est utilisée (la DPCA, pour 99% des patients algériens), la Dialyse Péritonéale Automatisée (DPA) demeure quasi-inexistante, dans notre pays.

Dans les autres pays, qui pratiquent la DP, la DPA est représentée à hauteur de 35 %, jusqu'à 100 %. Les avantages qu'offre la DPA sont sans aucune mesure, face à la DPCA: un seul branchement, la nuit, au domicile, de plus grands volumes, un risque

nul de contamination microbienne, une plus grande liberté et plus d'autonomie pour les enfants, pour les patients actifs et pour les proches qui sont en charge du patient.

La Pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH), unique importateur des poches et des accessoires de DP assure la livraison de tous les hôpitaux du pays, à partir d'Alger et de ses 03 directions générales (Annaba, Biskra et Oran).

Les deux plus importants fournisseurs mondiaux en poches de DP sont présents, en Algérie. Ainsi, depuis sa création, la PCH s'approvisionne auprès de ces deux producteurs; ce qui permet plus de choix, au meilleur coût, grâce à l'application des règles commerciales concurrentielles et elle nous assure, ainsi une plus grande disponibilité.

Pour tous les patients traités par DP, en Algérie, les poches et accessoires sont remis, gratuitement, par les pharmaciens des hôpitaux. Les patients s'approvisionnent, ainsi, à titre gracieux, chaque mois, auprès de l'hôpital le plus proche de leur domicile et ce, pendant toute la durée de leur traitement par la DP. (F.Haddoum, 2014, P. 30).

## **Conclusion**

La dialyse péritonéale (DP) est une technique d'épuration extra-rénale alternative à l'hémodialyse (HD). Elle permet au patient une prise en charge du traitement de l'insuffisance rénale terminale à domicile soit de manière autonome, soit avec l'aide d'une tierce personne (membre de la famille, infirmière à domicile,...). Cette technique s'adresse préférentiellement à des patients autonomes chez qui une possibilité de transplantation rénale peut-être envisagée.

# ***CHAPITRE II***

## ***LE VECU PSYCHOLOGIQUE DE LA DIALYSE PERITONEALE***

## **Introduction**

Dans toute prise en charge de patient atteint d'une maladie chronique, il est nécessaire de prendre en compte le vécu psychique de ce patient et la nécessité de favoriser cette approche. Pour une meilleure prise en charge et une visée prophylactique. Nous avons intitulé ce chapitre qui contient le vécu psychologique du dialysé péritonéale.

### **I. Les répercussions de la dialyse péritonéale**

#### **1. Le temps du patient en dialyse péritonéale**

La question de la temporalité apparaît comme une difficulté pour les patients en dialyse péritonéale. Comme pour l'hémodialysé, la plainte est centrée sur le rythme imposé par les dialyses. Ici, c'est plusieurs fois par jours qu'ils doivent exécuter les manipulations et les soins nécessaires au déroulement de la dialyse et il faut qu'ils réorganisent leurs temps par rapport à la dialyse.

D'après D. Cupa, pour Rolande, c'est la course au temps. Le temps ne se dissocie plus des dialyses. Elle rumine sans cesse qu'il lui faudra tout le temps courir ou ne plus faire autre chose, que les journées passent très vite. Elle donne l'impression de ne pas vouloir être rattrapé, de fuir. Son temps semble envahi par l'extérieur : Je n'arrive pas à m'habituer à ces poches qui reviennent tout le temps.

Thierry est effondré depuis qu'il doit faire quatre poches par jour : Depuis le début je le savais, mais quand même, trois poches ça pouvait aller, mais quatre j'ai toujours su que je ne pourrais pas supporter. Le discours de ces patients évoque la contrainte importante du traitement : ils y sont soumis ; y manquer reviendrait à se condamner. Souvent les patients en dialyse péritonéale n'envisagent l'avenir que sous un regard pessimiste ; comme pour l'hémodialyse, la mort se rappelle à eux à chaque dialyse. Mais pour les patients en dialyse péritonéale s'ajoutent les risques d'interruption de la méthode en raison des possibilités d'infections, de complication mécaniques, mais aussi de l'affaiblissement de la qualité épuratrice du péritoine au fil des dialyses.

Ces risques conduisent à la crainte de l'interruption de la dialyse péritonéale au profit de l'hémodialyse et ce faisant à un sentiment de précarité, voire d'insécurité. Les patients évoquent un essai et disent on verra bien si cela marche. Dans de telles conditions, l'avenir paraît plus difficile à investir même si les progrès techniques et une meilleure connaissance du traitement tendent à faire diminuer les arrêts de la méthode. Lorsque les patients en dialyse péritonéale doivent interrompre leur traitement, ils traversent une période difficile qui se traduit souvent par un vécu douloureux, tant physique que psychique, et une grande culpabilité liée à l'idée d'avoir fait de fausses manœuvres provoquant des mouvements dépressifs et parfois des mouvements caractériels. (D.Cupa, 2002, P. 53-54).

## **2. Le corps et le fonctionnement psychique du patient en dialyse péritonéale**

### **2.1 Le cathéter**

De la pose du cathéter aux manipulations des poches de dialysat, chaque étape de la dialyse péritonéale sollicite la zone particulièrement érogène qu'est la ceinture abdominale, ce qui implique très directement un fantasme sexuel et tabou associé. C'est donc à un vécu particulièrement conflictuel et difficile à dire comme tel, que nous sommes confrontées. Le vécu corporel est modifié d'abord par la pose du cathéter abdominal qui nécessite la création d'un orifice artificiel sur l'abdomen. Tous les orifices corporels sont les lieux d'investissements érotiques et peuvent être la source d'angoisses de pénétration, d'intrusion, de viol, mais aussi de pertes. La création de l'orifice artificiel est vécue d'abord comme une béance qui répète sur la surface du corps le trou occasionné par le rein manquant et défaillant. Il en va de même pour le péritoine traversé par le cathéter, péritoine percé, qui soulève des inquiétudes au sujet de l'intégrité du corps.

Les patients perçoivent et décrivent le cathéter comme un corps étranger, inspectant avec minutie le tuyau qui sort du ventre et mettent en place des stratégies pour le dissimuler sous leur vêtement. Voici ce que nous dit Bernard, qui est représentatif de ce que nous entendons communément : Au début le cathéter, je le préservais, je le mettais sous un filet, j'osais à peine le toucher. Et puis petit à petit je



l'ai accepté, j'ai cessé de le voir comme un corps étranger, il faisait partie de moi ; alors du jour au lendemain, j'ai enlevé le filet et je l'ai laissé pendre. Je le sentais continuellement contre ma jambe mais il ne me gênait pas. Comme il faisait partie de moi, il bougeait quand je bougeais.

Le cathéter est vécu par Bernard comme un objet étranger à lui-même, objet fragile, précieux, qui a besoin de protection, qu'on n'ose pas toucher par crainte de l'abimer. Ce patient manifeste une ambivalence certaine à l'égard du cathéter : il protège l'objet face à ses propres désirs hostiles (sous-jacents aux craintes que le cathéter soit abimé), puis se l'approprie (il fait partie de moi) et peut alors le sentir contre sa jambe, montrant par là qu'il investit sensoriellement, voire sensuellement cet objet.

Le cathéter est d'un côté détesté, rejeté par les patients, car représentant son insuffisance, et de l'autre côté il est accepté et vécu comme un objet familier toujours craint à cause des infections investi comme un espace intermédiaire entre le dedans et le dehors du corps par lequel se font les échanges liquidiens. Il laisse au même titre qu'un cordon ombilical, pénétrer un liquide vivifiant avec le risque que ne pénètrent des infections représentant un univers hostile : agressions en provenance des autres, maladies, voire mort. (D.Cupa, 2002, P. 50).

## **2.2 Le dialysat**

Entre chaque manipulation, la présence du dialysat pendant la stase procure des sensations de pesanteur dont les patients parlent beaucoup. D'après M de massounges (1987), ces sensations corporelles peuvent renvoyer fantasmatiquement à l'état de grossesse et donc à un certain bien-être de complétude qui permet de mettre à distance le manque lié à l'absence ou à la diminution de la fonction rénale. Mais en même temps le poids du dialysat signe l'insuffisance du patient et renforce les sentiments d'impuissance. Un patient se sent comme un colosse qui s'est écroulé n'ayant plus qu'un gros ventre.

Tout un monde imaginaire se construit à partir du dialysat. Bien souvent, celui-ci est assimilé à un liquide corporel et prend diverses connotations selon les

moments et selon les patients. Il faut savoir aussi qu'au niveau inconscient, le sens dedans/dehors est identique au sens dehors/ dedans dans les échanges corporels. Ainsi le dialysat est rêvé comme du sperme liquide qui passe dans le petit zizi cathéter, comme de l'urine ou comme du liquide amniotique qui circule entre une mère et son enfant.

D.Cupa (1995), a montré que l'on pouvait étudier les liquides corporels selon trois axes fantasmatiques concerne la question des limites du corps, ce qui échappe au corps, ou ce qui y pénètre et concerne par conséquent les capacités que le sujet a de contrôler ou non les flux de son corps. Chez nos patients on remarque qu'ils préfèrent parler des poches que du dialysat. Ainsi nomment-ils le contenant et non pas le contenu, comme si le fait de parler de poche était un moyen de délimiter, de donner une forme à ce liquide pouvant conduire aux angoisses de se vider. Le suintement du liquide est rarement abordé ; il véhicule pourtant aussi l'angoisse, car il échappe au contrôle du patient et s'écoule du ventre en dehors des phases de manipulation. Il s'agit des fuites de dialysat, moments pendant lesquels il ne faut pas paniquer, il faut rester calme, cette perte du contrôle évoquant également la perte des limites et des angoisses de vidage. De manière générale, les patients qualifient le drainage et l'infusion du dialysat comme des tâches éprouvantes qu'ils expliquent par la tension importante ressentie compte tenu des risques infectieux. Selon son degré, cette angoisse peut avoir des conséquences quant à la qualité des manipulations et ainsi augmenter les menaces d'infection.

Le second axe fantasmatique met en évidence que les liquides du corps jouent un rôle dans la construction de l'identité. Ainsi, par exemple les patients peuvent s'attarder sur la description du dialysat, sa couleur, sa densité qu'ils observent par transparence dans la poche : Il est jaunâtre à cause des impuretés, c'est propre. Cette inspection minutieuse du contenu des poches permet un contrôle sur l'aspect pur ou impur propre ou sale qui revoie à une image de soi bonne ou mauvaise. A travers ces représentations, le patient en dialyse péritonéale se constitue une identité personnelle organisée selon un système de valeurs positives ou négatives du dialysat

qui semble être soumis au même clivage que les représentations, le patient en dialyse péritonéale se constitue une identité personnelle organisée selon un système de valeurs positives ou négatives du dialysat qui semble être soumis au même clivage que les représentations sociologiques et collectives des liquides du corps décrites par P. Oliviero : il y a d'une part les liquides paradisiaques qui réunissent le beau, le bien et le bon et d'autre part les liquides infernaux qui symbolisent les substances de la corruption, de l'effondrement, voire de la maladie et de la mort. (D.Cupa, 2002, P. 51).

## **II. Réaction psychique à la dialyse péritonéale**

### **1. Le moment de l'annonce de maladie**

L'annonce de la maladie est donc vécue comme un traumatisme.

En psychologie, le traumatisme se définit comme un événement qui implique un "avant" et un "après", de sorte que la vie de la personne, ainsi que la façon dont elle appréhende passé, présent et avenir, s'en trouve totalement bouleversée. Le traumatisme confronte surtout le sujet à la perspective de la mort, la sienne ou celle d'un proche. Tous ces facteurs peuvent déboucher sur un conflit psychique. (G.Lefebvre, 2005, P. 04)

Les difficultés psychologiques des dialysés sont liées au fait que leur maladie soit mortelle et rend indispensable des soins contraignants. La découverte de la maladie confronte donc le patient à sa propre mort. Les premiers moments de cette découverte induisent des bouleversements sociaux, psychologiques, des contraintes qui conduisent le sujet à diminuer son activité au quotidien. (G.Lefebvre, 2005, P. 03).

### **2. La réaction du patient envers sa maladie**

L'annonce de la maladie conduit le patient à se détacher du monde et à ne plus l'investir, d'où un repli sur soi, accentué parfois par l'isolement social. C'est pourquoi la famille et les soignants ont un rôle très important à jouer. À l'inverse, certaines personnes trouvent dans la dialyse un bénéfice sur le plan social, si ce sont des personnes qui étaient déjà socialement isolées avant, la dialyse va leur permettre de nouer des liens avec d'autres personnes, soignés ou soignants.

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

multiples qui n'ont pas d'origine somatique. Ces plaintes cachent en fait souvent une peur imminente de la mort qui ne peut s'exprimer en tant que telle. (G. Lefebvre, 2005, P. 03).

### 3. Le travail de deuil

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

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

Le deuil Processus intrapsychique, consécutif à la perte d'un objet d'attachement, et par lequel le sujet réussit progressivement à se détacher de celui-ci. L'expression, devenue classique, de travail du deuil est introduite par Freud dans Deuil et mélancolie (Trauer und Melancholie, 1915). Elle signale à elle seule le renouveau qu'apporte la perspective psychanalytique à la compréhension d'un phénomène psychique où l'on voyait traditionnellement une atténuation progressive, et comme allant de soi, de la douleur que provoque la mort d'un être cher. Pour Freud, ce résultat terminal est l'aboutissement de tout un processus intérieur impliquant une activité du sujet, activité qui peut d'ailleurs échouer, comme le montre la clinique des deuils pathologiques.(J.Laplanche, J.B.Pontalis, 1973, P504)

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

Ces éléments sont source d'angoisse voire de dépression pour le patient et son entourage. En effet, le patient subit une perte, la perte de son état de santé, et le fait de se projeter dans l'avenir ne lui annonce qu'une perspective de mort.

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

Pour expliquer aussi le travail de deuil on s'appuie sur les travaux d'Elisabeth Kübler-Ross, psychiatre et psychologue, qui a décrit le processus de deuil en

différentes étapes. Ce processus n'est pas linéaire l'individu peut passer d'une étape à l'autre puis revenir en arrière.

- **Refus, Dén**

C'est la 1ère étape du processus de deuil. Elle est réactionnelle à l'annonce du diagnostic et en lien avec le choc engendré par celle-ci. Elle se caractérise par une absence d'émotivité. Le déni est un mécanisme de défense qui met à distance l'angoisse en évacuant la réalité du diagnostic.

C'est en quittant ce court stade du deuil que l'individu prend conscience de la réalité du diagnostic.

- **Marchandage**

C'est une phase de négociations. Le marchandage est une forme de négation qui permet à l'individu de se protéger contre la réalité, l'individu fait appel à la religion, négocie avec les instances supérieures : « Je prierai matin et soir, et j'irai à l'église tous les dimanches si tu me guéris mon Dieu ».

- **Dépression**

Phase plus ou moins longue du processus de deuil qui est caractérisée par une grande tristesse, des remises en question, de la détresse. Cette situation résulte de l'épuisement physique et psychique. On note l'apparition de symptômes dépressifs comme la perte d'appétit, les troubles du sommeil, une humeur triste, un isolement...

- **Acceptation**

Dernière étape du deuil où le patient se sent mieux. Il trouve des explications, un sens aux épreuves qu'il traverse. Il a aussi réorganisé sa vie en fonction de la perte. La maladie devient une source de réorganisation de vie, de restructuration de la personne qui va pouvoir refaire des projets. ([Http://www.rein-echos.org/25.html](http://www.rein-echos.org/25.html)).

#### **4. Les difficultés sexuelles**

Selon D.Cupa et ses collaborateurs (2002), ils nous semblent importants d'insister sur les difficultés sexuelles du patient en dialyse péritonéale. Cliniquement,

elles nous ont paru beaucoup plus envahissantes que chez l'hémodialysé chronique, ce que l'étude sur la qualité de vie subjective que D.Cupa (2002) a menée confirme largement. Par ailleurs la précarité de ce traitement renforce les sentiments d'insécurité des patients. (D.Cupa, 2002, P. 53-54)

La sexualité n'est pas un thème facilement abordé par les patients, ce sont des femmes qui ont principalement exprimé leurs difficultés dans ce domaine. Ainsi une de nos patientes, Pierrette, se plaint-elle de sa frigidité, mais ce n'est pas pour autant qu'elle n'a pas de désir. Les femmes qui nous ont parlé de leur sexualité avaient du désir, mais pas ou peu de plaisir génital. Ainsi Isabelle remet elle en question ses relations sexuelles, car le cathéter est gênant et disgracieux, il matérialise et aggrave la blessure narcissique occasionnée par la maladie et son soin. Une autre patiente est largement handicapée par une phobie des contacts qui date de la mise en place du cathéter. Elle a peur qu'il bouge, qu'il s'abime pendant l'acte sexuel. L'effraction que constitue le cathéter, le remplissage du dialysat semblent aussi réactualiser les angoisses de la femme liées à la pénétration. Pour les hommes, les sentiments d'impuissance et de castration dominent. Charles se plaint de ne plus pouvoir porter de poids depuis qu'il a son cathéter ; il pense que celui-ci est castrant. En effet le cathéter signe de la dimension castratrice de la maladie et du soin manifestant directement que les patients ont besoin d'un autre pénis. Le cathéter est en effet souvent une représentation du pénis, certains patients pouvant se l'approprier ainsi : Il est le pénis pour l'urine, l'autre sert pour faire l'amour. S.de Lattre (1985) et M. de Massougné (1987) constatent une incidence sur la sexualité du partenaire. (D.Cupa, 2002, P. 53).

### **III. La prise en charge psychologique**

Il est indéniable que le travail d'équipe est un concept primordial pour une prise en charge de qualité du patient et de son entourage. L'équipe pluridisciplinaire favorise une approche globale du patient où sont prises en considération les compétences de chaque professionnel de la santé. L'insuffisance rénale chronique pose des problèmes d'ordre médical, social et psychologique. Surtout vers le terme de son évolution, lorsqu'un traitement de substitution doit être envisagé.

- **Rôle du néphrologue**

Une surveillance clinique et biologique régulière est indispensable pour le patient en insuffisance rénale chronique pour évaluer le degré de l'insuffisance rénale et adapter les prescriptions nutritionnelles et médicamenteuses. Le rythme de cette surveillance doit être d'autant plus rapproché que le degré de l'insuffisance est plus élevé. Le but de la surveillance est d'évaluer périodiquement le degré de l'insuffisance et sa vitesse de progression, d'ajuster l'équilibre électrolytique et phosphocalcique ainsi que la dialyse. La relation médecin patient est basée sur le principe du respect de la personnalité du patient, sur la qualité de l'information délivrée et la mise en place d'un projet thérapeutique élaboré et accepté par le patient où l'éducation thérapeutique doit jouer un rôle essentiel.

- **Rôle du médecin généraliste**

Une coopération entre le médecin généraliste et le néphrologue est indispensable pour anticiper ou dépister les complications cliniques et éviter les hospitalisations répétées. Le néphrologue informe le médecin généraliste de l'évolution de la maladie et du traitement néphroprotecteur mis en place pour son patient.

- **Rôle d'infirmier**

Au sein de l'équipe soignante, informe, éduque, forme et accompagne la patient dans sa maladie. L'infirmier a la responsabilité d'aider le patient à mobiliser toutes ses ressources pour le maintien ou l'amélioration de sa santé.

Il a un rôle dans le soutien du patient et de son entourage, e le garant de l'observance du traitement. Une écoute active permet à l'infirmier de cerner l'état physique et psychologique du patient, le retentissement familiale et social de la maladie et en informer les professionnels de la santé susceptibles d'aider le patient à maintenir une qualité de vie acceptable. La qualité de vie

du patient en dialyse dépend de la motivation et de l'efficacité de l'équipe soignant.

- **Rôle du psychologue**

Une tendance dépressive est fréquente et s'accroît au stade avancé de la maladie, lorsque la perspective du traitement de suppléance se fait plus proche. Lors de la mise en dialyse, le patient est toujours angoissé et envahi par des multiples. Être à l'écoute de la souffrance verbale et non verbale du patient pour l'ensemble de l'équipe soignante peut avoir un impact sur la vie du futur du dialysé. Un soutien psychologique peut s'avérer essentiel pour l'équilibre psychique.

- **Rôle de la diététicienne**

L'aide d'une diététicienne est particulièrement précieuse pour expliquer les bases du régime alimentaire et de l'adapter au mieux aux habitudes et aux goûts individuels de chaque patients. Des contrôles biologiques réguliers et des enquêtes alimentaires permettent à la diététicienne d'apprécier les apports alimentaires du patient et en corriger les déficiences éventuelles.

- **Rôle de l'assistance sociale**

Un contact précoce peut s'avérer fondamental pour permettre au patient au patient de bénéficier des conseils d'une assistante sociale capable de les informer au mieux de leurs droits et de les guider dans les démarches administratives. L'assistante sociale est un élément clé de l'équipe soignante et travaille en étroite collaboration avec les médecins, les infirmiers, la psychologue et de la diététicienne. (p.Nicolas, 2015, P. 11-12).

## **Conclusion**

Le traitement de la dialyse péritonéale entraîne de nombreux bouleversement dans la vie du patient, et nécessite d'avoir à nombreuse recommandation, l'éducation thérapeutique, la prise en charge en plein essors dans la maladie chronique consiste à accompagner les patients dans leurs parcours de soins, et à l'aide à acquérir ses compétences pour vivre leurs vie avec leurs maladies.



# ***CHAPITRE III***

## ***L'IMAGE DU CORPS***

## Introduction

De nombreux auteurs ont étudié l'image du corps. Des définitions diverses en ont été proposées. Ce concept a évolué au fil du temps et des courants qui animaient les théoriciens et les chercheurs. L'objectif n'est pas non plus de discuter les définitions antérieures, mais plutôt de s'appuyer sur elles.

### I. Image du corps et schéma corporel

#### 1-Définitions de l'image de corps

P. Schilder, en 1935, parle en premier d'image du corps. Il en donne cette définition « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes». (P.Schilder, 1968, P. 35).

En 1990 Bruchon - Schweitzer donne une nouvelle définition de l'image du corps « l'image du corps paraît appropriée pour décrire les aspects subjectifs de l'expérience corporelle, telle qu'elle peut être perçue et rapportée par l'individu non seulement à propos d'un corps-objet pourvu de propriétés physiques (tailles poids, volume, orientation...) mais aussi à propos d'un corps-sujet-investi d'affects complexes, plus ou moins conscients, et souvent de nature auto évaluative.»(B.Schweitzer, 1990, P. 176)

#### 2- L'image de corps et le schéma corporel

P. Schilder (1968) pense que l'image du corps et le schéma corporel sont la même chose. Cette confusion met à mal la spécificité de ces deux entités qui, bien qu'intimement liées, sont totalement différentes.

([Http://www.psychomove.com/images/ART\\_IMAGECORPS.Pdf](http://www.psychomove.com/images/ART_IMAGECORPS.Pdf)).

Mais F. Dolto fait la distinction entre image du corps et schéma corporel en 1984. « Le schéma corporel réfère le corps actuel à l'expérience immédiate. Il peut être indépendant du langage entendu comme histoire relationnelle du sujet aux autres. Le schéma corporel est évolutif dans le temps et l'espace. L'image du corps réfère le sujet du désir à son jouir, médiatisé par le langage mémorisé de la communication

entre sujets. ». C'est grâce à notre image du corps portée par notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. (F.Dolto, 1984, p. 23).

Le corps devient un lieu de langage archaïque, non-verbal, une forme dynamiquement structuré d'un « système de significations ». Le corps exprime la pensée et les émotions. C'est en quelque sorte le traducteur universel de la vie intérieure. L'image du corps se construit avec le vécu et les expériences du sujet. Elle est donc en perpétuel remaniement et propre à chacun. (F.Dolto, 1984, p. 49).

Ensuite, D. Anzieu (1985) conçoit l'image du corps comme un espace mental de pensée ; « le Moi peau », « Une peau pour la pensée ». Le schéma corporel est une perception individuelle de notre Moi-Peau. Il exprime la façon dont le corps est, et s'organise dans l'espace. Le schéma corporel est synonyme de spatialité corporelle. C'est un schéma anatomique et fonctionnel du corps. Anatomique en ce qu'il reflète la perception qu'a un individu des rapports des différentes parties de son corps entre elles et avec son environnement. Fonctionnel en ce qu'il exprime la perception qu'a ce même individu de la mécanique de ce corps biologique. ([Http://www.psychomove.com/images/ART\\_IMAGECORPS.pdf](http://www.psychomove.com/images/ART_IMAGECORPS.pdf)).

### **3-Les transformations de l'image du corps**

Les travaux expérimentaux sur l'image du corps se sont développés rapidement au cours de la dernière décennie. Dans une première partie sont décrits les effets de manipulations expérimentales des afférences sensorielles sur la connaissance de son propre corps par le sujet. Ces expériences révèlent le caractère plastique et modifiable de l'image du corps et confirment de façon indiscutable sa nature « représentationnelle » et son indépendance par rapport à la réalité objective du corps physique. Une seconde partie est consacrée au rôle de l'action. L'impression générale, laissée par le court historique de la section précédente, d'un rôle prépondérant du mouvement dans la constitution du schéma corporel ou de l'image du corps se trouvera confortée et étendue à la genèse de la connaissance de soi.

- **La plasticité de l'image du corps**

Une des meilleures illustrations de la plasticité de l'image du corps est donnée par l'extension de cette image aux outils et autres objets associés au corps. L'utilisation de ces objets déplace la frontière entre l'espace personnel et l'espace extra personnel. L'utilisation active de l'outil aboutit à une réorganisation de la carte sensorielle au niveau de la modalité concernée. Iriki et al. ont pu montrer, chez le singe entraîné à atteindre des morceaux de nourriture avec un bâton tenu à la main, que la taille du champ récepteur visuel de neurones bimodaux (visuels et tactiles) du sillon intra pariétal augmentait pour incorporer l'outil dans l'espace personnel de la main. Cet effet a été utilisé pour la réhabilitation de patients présentant une négligence pour la moitié du corps et de l'espace à la suite d'une lésion pariétale : la capacité de détection de stimuli tactiles avec la main négligée s'est trouvée améliorée par la tenue d'un outil.

D'autres illustrations de la plasticité de l'image du corps sont obtenues en mettant en conflit la position réelle d'un segment du corps ou du corps entier, et leur position apparente. Ces conflits, inter sensoriels ou sensori-moteurs, qui peuvent donner naissance à des illusions corporelles parfois spectaculaires, démontrent a contrario la contribution des afférences visuelles et kinesthésiques, ainsi que des commandes motrices, à la genèse de l'image du corps. Nombre de ces illusions relèvent du phénomène bien connu de la « capture » des signaux tactiles et kinesthésiques par la modalité visuelle. D'une manière générale, lors d'un conflit entre vision et proprioception, on « sent » son bras là où on le voit, et non l'inverse. Ce phénomène est illustré par l'illusion dite du « bras de caoutchouc » (rubber arm illusion) : un avant-bras en caoutchouc d'aspect réaliste est placé devant le sujet, dans une position anatomiquement compatible (en continuité avec son bras), tandis que son propre avant-bras est masqué à sa vue. On applique simultanément et de façon synchrone une stimulation tactile à l'aide d'un pinceau aux deux avant-bras, le vrai et le faux : très rapidement, le sujet perçoit les coups de pinceau là où il les voit, c'est-à-dire à l'emplacement du membre en caoutchouc et non plus à celui de son propre avant-bras. L'illusion devient si forte que le sujet va jusqu'à éprouver un sentiment de frayeur (vérifié par la réaction psycho-galvanique) lorsqu'on approche un instrument

dangereux (une aiguille, un scalpel) du membre en caoutchouc. Une illusion du même type, mais qui porte sur le corps entier et non plus sur une de ses parties, a été décrite plus récemment par O. Blanke *et al* : Elle s'obtient à l'aide d'un environnement virtuel dans lequel on immerge le sujet et où celui-ci voit une image tridimensionnelle de son propre corps située à deux mètres en avant de lui. Une stimulation tactile est alors appliquée simultanément à son propre dos et au dos de l'image virtuelle de son corps. Le sujet éprouve assez rapidement la sensation tactile au niveau de l'image virtuelle, comme si son propre corps s'était déplacé par rapport à sa position réelle. (M. Jeannerod, 2010, P. 187-188).

- **La connaissance du corps par l'action**

Les perturbations de l'image du corps induites par la manipulation des signaux sensoriels ou par les conflits sensori-moteurs étaient inférées à partir de ses erreurs dans des tâches de localisation. Une autre façon d'aborder le problème de l'image du corps et de ses rapports avec la connaissance de soi consiste à interroger l'expérience consciente du sujet soumis à ces perturbations. Cette méthodologie, introduite par Nielsen dès les années 1960, a été poursuivie plus récemment dans plusieurs laboratoires. Elle comporte une condition expérimentale dite de « substitution » où l'image de la main du sujet peut être remplacée par celle d'une main étrangère : le sujet doit formuler un jugement d'attribution sur la main qu'il voit, qui peut donc être la sienne propre ou celle d'un étranger.

Dans une de ces expériences, décrite par van den Bos et Jeannerod, un sujet et un expérimentateur sont assis face à face ; leurs mains droites posées côte à côte sur une table sont filmées et leur image projetée sur un écran placé devant le sujet de façon à cacher les deux mains à sa vue. Des essais successifs étaient réalisés où les deux mains étaient visibles sur l'écran pendant une brève période (5 s). Un système électronique permettait de présenter les mains sur l'écran, soit dans leur position anatomique, la main du sujet et de l'expérimentateur apparaissant alors en continuité avec leurs bras respectifs, soit dans une orientation différente, après rotation de 90° ou même de 180° : dans ce dernier cas, la main du sujet apparaissait en continuité avec le corps de l'expérimentateur et vice-versa. En outre, pendant la période d'exposition, le sujet recevait l'instruction de faire un mouvement, soit du pouce, soit de l'index.

L'expérimentateur, selon une séquence définie à l'avance, exécutait soit le même mouvement soit un mouvement différent. En outre, à la fin de chaque essai, l'image des mains disparaissait de l'écran, et un point lumineux était présenté au sujet à l'emplacement qu'occupait l'une des deux mains : l'instruction qui lui était donnée était d'indiquer verbalement quelle main, la sienne ou celle de l'expérimentateur, se trouvait à l'emplacement indiqué par le point lumineux. Cette expérience comportait donc la perturbation de plusieurs des facteurs pouvant intervenir dans le jugement d'attribution demandé au sujet.

D'une part, lorsque la position de sa main apparaissait déplacée par rapport à son corps, les signaux proprioceptifs provenant de sa main réelle étaient en conflit avec les signaux visuels indiquant une position différente, ce conflit portait sur l'image du corps.

D'autre part, lorsque les mouvements exécutés par l'expérimentateur et le sujet étaient différents, les signaux relatifs à la commande motrice envoyés vers la main réelle pouvaient se trouver en conflit avec les signaux visuels en provenance de la main étrangère : ce conflit portait sur le sens du mouvement.

Les résultats de cette expérience faisaient clairement apparaître la contribution respective du sens de l'origine du mouvement et celle du sens de l'appartenance du corps au jugement d'auto-attribution. Le conflit portant sur l'origine du mouvement était facilement résolu lorsque les deux mains exécutaient des mouvements différents : le sujet distinguait sans erreur sa main de celle de l'expérimentateur, quelle que soit la position vue des mains par rapport à leur position réelle. Il se référait à la commande motrice qu'il avait produite, et s'auto-attribuait la main qui exécutait le mouvement correspondant. En revanche, des erreurs d'attribution apparaissaient lorsque les deux mains effectuaient le même mouvement et que, par conséquent, l'information donnée par la commande motrice devenait inutile : dans ce cas, la seule information disponible pour le sujet était le sens de la position de sa main par rapport à son corps.

On peut tirer de cette expérience plusieurs informations. La première est que, comme on le soupçonnait depuis longtemps, l'auto-attribution d'une partie du corps repose essentiellement sur les signaux en relation avec les mouvements.

La concordance des signaux dérivés des commandes motrices qui provoquent le mouvement, avec les signaux proprioceptifs et visuels qui sont provoqués par lui constitue un facteur déterminant de l'auto-attribution. Une autre information intéressante est donnée par l'analyse des erreurs d'attribution provoquées par la rupture artificielle de cette concordance. Le sujet peut en effet se tromper de deux façons : soit en attribuant sa propre main et ses propres mouvements à l'expérimentateur (erreurs par sous-attribution) soit au contraire en s'attribuant à lui-même la main et les mouvements de l'expérimentateur (erreurs par sur attribution).

Les résultats montrent clairement une tendance à la sur attribution. Cette tendance, devant l'incertitude causée par le manque d'indices, à s'auto-attribuer des mains et des mouvements qui ne sont pas les siens sera retrouvée par la suite dans la description de cas pathologiques.

Les signaux moteurs, à eux seuls, ne donnent donc pas d'indication suffisante pour l'auto-attribution. Ils doivent être confirmés par les signaux kinesthésiques et visuels provoqués par le mouvement. La concordance entre les deux types de signaux est donc bien la condition pour le jugement d'auto-attribution. (M.Jeannerod, 2010, P. 189).

#### **4- Les liens entre schéma corporel et image du corps**

Un schéma corporel sain peut aller de pair avec une image du corps perturbée. Comme l'un et l'autre sont reliés, cette situation entraîne une discordance empêchant le sujet de se servir de façon saine de son schéma corporel.

Un garçon peut connaître son schéma corporel de petit homme et se vivre, dans son image inconsciente du corps, comme châtré, parce que considéré comme dangereux par son père, ou comme la petite femelle d'un père incestueux.

Dans le cas précédent, si l'image du corps fonctionnait bien, les deux boxeurs auraient eu chacun deux bras et auraient combattu debout, pour de bon, en face à face. On peut dire que c'est à l'image du corps qu'il manquait un bras et des jambes.

F. Dolto reçoit en entretien une fillette, elle dessine un très beau vase de fleurs épanouies. La psychanalyste fait ensuite entrer la mère. La fillette fait un second

dessin : un minuscule pot de fleurs avec des petites fleurs fanées. On voit là, la différence dans l'image du corps, selon qu'elle est en présence de la mère ou sans elle. Relativement à sa mère elle se sent minable. Son narcissisme est blessé dans sa relation à sa mère tandis qu'avec la psychanalyste elle se sent le droit de s'épanouir et d'être dans sa beauté charmeuse. Alors que la présence de la mère ne modifie en rien le schéma corporel de la fille, elle entraîne en revanche une modification dans l'image du corps. (C.Paquis, 2008, P. 03)

## II. Les dimensions structurelles

### 1-La dimension structurelle et développementale du corps

F. Dolto élargit le concept des « stades de développement » pour en souligner l'importance cruciale des franchissements, chacun correspondant à des remaniements pulsionnels décisifs pour le sujet. A chaque stade de développement libidinal, l'être humain semble appréhender le temps et l'espace de son être au monde par la médiation d'une image caractéristique du stade en cours. L'entité image du corps serait la synthèse de trois composantes :

- **L'image de base**

Dite aussi « image de sécurité » assure au sujet la « mêmété d'être ». Selon F. Dolto, il y a un narcissisme primordial qui préexiste à la conception de l'individu qui devient sujet du désir de vivre. C'est ce en quoi l'enfant est un héritier symbolique du désir de ses géniteurs. Ce narcissisme pousse le sujet à s'incarner dans un corps.

L'image de base est la plus fragile. Toute menace contre son intégrité peut être ressentie comme mortelle. Parce que basale, cette image est le lieu de l'affrontement fondamental et radical des pulsions de vie contre les pulsions de mort. Un garçon âgé de 8 ans présente une grande instabilité. Il fantasmait les angles saillants des murs comme lançant des flèches qui risquaient de le transpercer et de le faire mourir sur le champ.

Cette hantise des angles meurtriers était reliée au signifiant « anglais ». Pendant la seconde guerre mondiale, il fut accidenté à l'âge de 3 ans : son schéma



corporel a été mis à rude épreuve. Depuis le mot « anglais » été devenu un signifiant de grand danger pour le corps.

La naissance conduit au développement de la première image de base aérienne, dite par F. Dolto respiratoire, olfactive et auditive (impliquant sur le plan du schéma corporel, cavum et thorax).

Puis, apparaît une image de base orale (comprenant la précédente, mais également toute la zone buccale, associant au cavum et au thorax, le ventre, la sensation de plein ou de vide, la faim, la soif ou, au contraire, la satiété).

Un bébé fille de cinq jours, séparée de sa mère souffrante, refuse de s'alimenter. F. Dolto donne au père ce conseil « rapportez lui la chemise que porte votre femme » : le bébé enveloppé dans le linge pris de suite son biberon. Du fait de l'absence de sa mère, il manquait au bébé l'image olfactive de celle-ci.

Après l'image de base orale vient l'image de base anale (intégrant les deux premières, le fonctionnement de la sensation de rétention ou d'expulsion et les sensations qui s'y rattachent), et enfin une image de base génitale (complète).

- **L'image fonctionnelle**

L'image fonctionnelle est la caractéristique énergétique qui porte vers l'action et qui établit des relations avec l'environnement ; elle vise l'accomplissement du désir du sujet. Avec ces modifications de l'image de base évoluent les images fonctionnelles et érogènes, et c'est ainsi qu'on peut voir l'image fonctionnelle anale, d'abord exclusivement émissive passive, évoluer en direction de l'expulsion énergétique vers les plaisirs qui l'accompagnent, pour ensuite se déplacer sur d'autres objets partiels du corps, également « expulsables » comme une colonne d'air pulmonaire (chant, instruments à vents, théâtre). Celle-ci, une fois les modalités de la sonorisation buccale découvertes par modification de la forme de l'ouverture orale, conduira à la lallation, la modulation de la voix et pour finir aux actes de parler et de chanter.

- **L'image érogène**

Se focalise sur le lieu où plaisir et déplaisir érotisent la relation à l'autre. « Sa représentation est référée à des cercles, ovales, concaves, boules, palpés, traits et trous, imaginés doués d'intentions émissives ou réceptives, à but agréable ou

désagréable. ». La main, par exemple, est d'abord une zone érogène préhensive orale, puis anale rejetant.

Lorsque l'image fonctionnelle se trouve niée par une intervention verbale répressive « touche pas », qui s'oppose au désir d'agir de l'enfant, celui-ci peut choisir comme issue que la zone érogène n'entre plus en contact avec l'objet interdit. Une fillette phobique du toucher a pu retrouver l'usage de la préhension par le dire de Dolto « Prends avec ta bouche de main ». Cette parole a rendu la possibilité d'une image fonctionnelle orale-anale et de l'intérêt oral pour les choses anales habituelles pour son âge. L'image dynamique a pour fonction de relier les trois composantes (image de base, image fonctionnelle, image érogène). Elle correspond au « trajet du désir doué de sens allant vers son but ». Elle pourrait se représenter comme les traits en pointillé qui partant du sujet par la médiation d'une zone érogène de son corps irait vers l'autre. C'est l'image du sujet se sentant dynamisé, c'est à dire désir.

On peut parler d'une image dynamique orale centripète par rapport au besoin ; l'image dynamique anale est centrifuge par rapport au besoin ; l'image dynamique génitale est centripète chez la femme relativement à l'objet pénien et chez l'homme centrifuge. Dans l'accouchement, il y a une image dynamique centrifuge expulsive. L'image dynamique orale-anale, conforme au schéma corporel, suit le cheminement bouche vers anus. En cas du vomissement, l'image orale agit le rejet de l'objet ingéré. Elle est inversée dans la relation à l'autre.

Après le biberon, le bébé a besoin de parler de communiquer le désir qu'il ait de sa mère. Il est à la recherche de l'autre par qui il se sent être. Si on ne lui parle pas, il peut assouvir les potentialités dynamiques de ses pulsions suçant son pouce. Une partie de son corps devient un support illusoire du leurre de l'autre. Il entre dans un système compulsif où il utilise son corps pour fonctionner. (C.Paquis, 2008, P. 4-6).

Un autre auteur, Bob Price, directeur de l'enseignement par correspondance au Royal Collège à Londres (1998), définit l'image corporelle en trois composantes : le corps réel, le corps idéal et l'apparence.

- **Le corps réel**

C'est le corps tel qu'il existe, tributaire de l'hérédité et transformé par l'usure du temps et les agressions du milieu. C'est en quelque sorte une composante de l'environnement. Le corps réel change à la fois parce qu'il vieillit d'une part, et parce qu'on l'utilise en permanence d'autre part. De même, les traumatismes, le cancer, l'infection et la malnutrition peuvent changer de manière radicale le corps réel. Un regard réaliste sur les possibilités et les limites du corps réel constitue souvent l'élément déclenchant d'une réflexion autour de ce qui menace l'image corporelle et d'une prise de conscience de l'existence d'une perturbation de l'image corporelle. Quand le corps réel change, il s'écoule souvent un certain laps de temps avant que l'image corporelle change, elle aussi. Durant ce laps de temps, la personne peut refuser le diagnostic, l'enseignement et le traitement prescrit.

- **Le corps idéal**

C'est l'image mentale du corps rêvé et des prouesses qu'il devrait accomplir. La conception du corps idéal est profondément influencée par les normes socioculturelles, par la publicité et par les diverses modes concernant la forme physique et la santé. L'image mentale du corps idéal peut être perturbée par une altération du corps réel et toute perturbation du corps idéal peut affecter directement l'équilibre mental et physique de la personne.

- **l'apparence**

Le corps réel s'harmonise rarement avec l'image qu'on se fait du corps idéal et c'est pour essayer de faire correspondre le rêve à la réalité que l'on se présente d'une certaine façon aux yeux des autres. L'apparence est, littéralement, la façon dont on présente son corps au monde extérieur : la façon de s'habiller, de se coiffer et de soigner sa présentation, de marcher, de parler, de bouger ou même d'utiliser du matériel d'appoint comme une canne ou un appareil auditif. La mode (qui touche principalement le corps idéal) peut changer radicalement l'apparence d'une personne. De même, la paralysie ou la perte d'un membre (qui touche le corps réel) peut aussi changer radicalement l'apparence. (S.Beyeler, 2006, P. 07-08).

## 2- Le stade du miroir chez Jacques Lacan

C'est d'abord Wallon qui décrit le stade du miroir. Lacan attribue une explication à cette observation de Wallon. Ce stade du miroir est une expérience que l'on peut observer chez l'enfant entre 6 et 18 mois. C'est la première expérience de son identification que l'enfant va y jouer. Identification qui va s'effectuer progressivement comme une espèce de conquête qu'il va accomplir à partir de sa propre image projetée dans le miroir. Le stade du miroir se réalise antérieurement à l'acquisition du schéma corporel. Précisons d'abord deux notions importantes :

- **Le fantasme du corps morcelé**

L'enfant ne vit pas son corps comme une totalité unifiée. Il n'arrive pas à distinguer son corps de ce qui lui est extérieur. Il le perçoit comme quelque chose de dispersé, de morcelé (comme dans la schizophrénie). C'est le stade du miroir qui va mettre un terme définitif à ce fantasme et qui va permettre à l'enfant d'accéder à un vécu psychique de son corps, une représentation de son corps comme une totalité unifiée.

- **La représentation du corps propre**

C'est la représentation totale de son corps en une seule image pour l'enfant. C'est également une identité. L'enfant s'identifie à sa propre image. On peut distinguer trois étapes dans le stade du miroir :

- **La première** : dans cette première étape, tout se passe comme si l'enfant percevait sa propre image dans le miroir non pas comme une image mais comme un être réel et il se comporte en face de son image, à cet âge-là, comme il se comporte en face de son semblable enfant. Cela prouve qu'il n'est pas encore capable de discriminer de façon très précise ce qui est lui de ce qui n'est pas lui, par exemple, il y a des enfants qui pleurent en voyant les autres tomber. Cela prouve aussi que c'est à travers l'image du miroir que l'enfant commence à se repérer, qu'il se vit lui-même, qu'il cherche à se situer.

- **La seconde** : c'est ce moment où l'enfant finit, à force de répétitions, et surtout, à force de maturation psychique par comprendre que l'autre du miroir n'est qu'une image, c'est-à-dire que ce n'est pas un être réel. Là, on observe que l'enfant ne fait plus aucune tentative pour attraper l'enfant dans le miroir. Il a compris qu'il ne s'agissait pas d'un autre réel.
- **La troisième** : l'enfant finit par reconnaître que l'autre du miroir est une image, et que cette image est la sienne. De ce point de vue, on peut dire que l'enfant accède à un savoir qu'il n'avait pas. Cette reconnaissance c'est la preuve d'un savoir sur soi. C'est aussi la preuve que l'enfant finit par percevoir son corps comme un corps unifié. C'est une anticipation imaginaire.  
(<http://www.boulimie.com/s'informer/dossiers-du-mois/l'image-du-corps-en-psychanalyse>).

### III. La perturbation de l'image du corps

#### 1-L'image corporelle perturbée

Dans les contes de fée, nous observons une association entre les personnages méchants et une représentation corporelle déformée (monstre, sorcière, ogre,...). Cela implique que nous sommes, dès le plus jeune âge, amenés à faire un lien entre les caractères physiques des personnages et leur personnalité. De beaux traits physiques sont ainsi attribués à des héros et à des personnalités positives et inversement, un physique désavantageux est attribué aux personnages néfastes. Cette manière de forger les mentalités se reflète dans la société actuelle où l'on retrouve une discrimination pour les personnes ayant un physique ne correspondant pas aux critères imposés. Les médias véhiculent une image corporelle impossible à reproduire. Cette dimension prouve bien la difficulté majorée des personnes confrontées à des perturbations de leur image corporelle. La perturbation de l'image corporelle affecte les trois composantes de l'image corporelle définies par Price (1995). L'atteinte de ses trois éléments va péjorer l'équilibre psychique de la personne. En effet, selon Potterton (1986), « Le sentiment de ne pas être une personne complète peut rapidement entraîner un état d'esprit qui annihilera une personnalité et détruira la capacité à penser de manière

positive. ». La réaction à une modification de l'image corporelle va varier en fonction de « [...] l'âge, le sexe, la personnalité, les croyances, les valeurs, les attentes et l'origine socioculturelle, auxquels s'ajoute le niveau de préparation aux changements, [...] ». L'intensité des difficultés face à une perturbation de l'image corporelle va ainsi varier en fonction de multiples critères et va nous amener à adopter une prise en soin respectant la singularité de la personne et de son partenaire. Aussi, le vécu de chaque individu va influencer sur sa gestion des répercussions d'une perturbation de leur image corporelle. Dans un contexte de cancer, alors même que l'acte chirurgical a pour but primaire de détruire la tumeur et de sauver la vie, il peut être vécu par le patient comme une mutilation, une atteinte à son image corporelle, pouvant avoir des conséquences sur sa qualité de vie. (C.Paquis, 2008, P. 03)

## **2-Un regard sur la pathologie des images du corps**

F. Dolto, grâce à son expérience psychanalytique nous montre que le processus de régression des images du corps est le processus inverse de leur structuration. Pour elle ce processus est toujours dépendant d'une relation affective; il ne faut donc pas déduire un déterminisme organiciste car c'est grâce à la relation de langage entre le sujet et son entourage que la généralité du processus d'articulation de l'image du corps et du schéma corporel s'éclaire comme la personnalisation narcissique défensive du sujet.

F. Dolto explique que la pathologie de cette image du corps peut subvenir tout au cours du développement et même être due à la vie intra-utérine, alors que les manifestations ne se révéleront que y plus tard.

Un être humain peut sans -avoir d'anomalies neuromusculaires ou neuro-végétatives s'être trouvé dans l'impossibilité de structurer sa première image du corps et même de soutenir son narcissisme fondamental. Il suffit qu'il ait subi des ruptures dommageables du lien précoce avec sa mère.

C'est l'exemple du schizophrène chez qui la potentialité de symboliser l'image du corps a été interrompue (par absence de parole l'enfant va symboliser pour lui même tout ce qu'il vit dans un code qui n'est plus communicable : ainsi du psychotique muet qui présente rarement des troubles organiques, mais ne présente pas

de médiation de l'image du corps, le schéma corporel vit tout seul. Le sujet se désolidarise de son corps. On constate que cela arrive dans des cas d'hospitalisation précoces, de séparation brusque mère-enfant, en bref dans des cas où les castrations ne sont pas symbolisées, seul les besoins physiologiques étant comblés.

C'est le cas de toutes les maladies psychosomatiques, correspondant d'ailleurs à des psychoses ou névroses plus ou moins graves selon que les traumatismes ont lieu avant la castration primaire et plus encore avant la marche et avant l'achèvement neurologique du schéma corporel.

Ce sont les symptômes de dérèglement végétatif (du tube digestif, du cavum.). Ainsi quand les zones érogènes (visage, bouche, anus, fesses) liées aux pulsions orales et anales ne sont plus intégrées au plaisir ni en relation avec la mère ni aux images de base correspondante (ventre, estomac), il y a régression du sujet jusqu'à des images cardiorespiratoires et péristaltiques. Il peut y avoir un retour impossible à la mère fœtale ou appel en vain à la mère tactile; ce qui peut provoquer des crises d'asthme...

F. Dolto nous montre que le rôle du psychanalytique est rendre le sujet désirant afin de permettre une reconstruction de l'image du corps en rapport avec le schéma corporel. (Y. Vanpouille, 1987, P. 18-19).

### **3-Impact d'une image corporelle troublée par la maladie**

L'expérience d'une maladie grave creuse une distance importante entre ces jeunes et leurs pairs. Que ce soit sous l'angle du rejet (sentiment d'être juge, d'être une « bête curieuse » ou un extraterrestre, peur de la contamination chez les pairs) ou sous l'angle de la maturité précoce de ces jeunes parfois empreints d'une spiritualité chaleureuse, l'écart important entre eux et leurs pairs (qui ont en somme des préoccupations quotidiennes anodines) semble avant tout provenir de la rareté et de l'unicité de leur expérience. Les sentiments de différence, de solitude, de honte, de colère, d'injustice et de peur nourrissent l'ambivalence du jeune envers son propre corps et envers les autres. L'appartenance au groupe de pairs ainsi que les jeux de séduction propices à l'adolescence sont dès lors difficiles, soit en raison du manque de proximité et de continuité dans les relations (hospitalisations plus ou moins longues et

répétées), soit en raison du sentiment de perte de valeur ou de ne pouvoir plaire à autrui.

Oppenheim (2003) va jusqu'à dire que certaines difficultés scolaires peuvent être liées à l'image du corps transformée par la maladie l'ignorance de la lettre T (graphiquement trop près de la croix des cimetières, liée à la mort), le refus d'employer des temps de verbe (le futur inconnu voire effrayant pour certains, le passé représentant le paradis perdu de la santé) ou la difficulté avec des opérations mathématiques associées directement à la maladie ou à ses conséquences (l'addition de la maladie, la soustraction liée à l'amputation ou à la mort, la division relative au morcellement et la multiplication à la diffusion de la maladie).

Les facteurs influençant l'impact d'une maladie sur l'image corporelle d'un jeune sont nombreux, tant dans la sphère individuelle (développement, personnalité, fonctionnement scolaire, etc.), familiale (relations aux parents et à la fratrie, surprotection, etc.) qu'environnementale (relations aux pairs et à l'équipe médicale, proximité des soins), et ce, bien au-delà de des caractéristiques spécifiques liées à la maladie elle-même (nature, degré d'apparence, évolution, traitements...). (L.Méthot, 2006, p. 03).

#### **4-Vécu des partenaires dans l'image corporelle perturbée**

La littérature a démontré l'existence d'un sentiment de dégoût chez de nombreux partenaires confrontés à une perturbation de l'image corporelle de leur conjoint. Cependant, ce sentiment a été réfuté chez tous nos interlocuteurs. Lorsqu'il s'exprime sur le vécu de l'image perturbée de sa compagne, M. B. nie avoir ressenti du dégoût envers sa conjointe : « Non, c'est comme quand vous vous nettoyez au cabinet ». Il l'explique par le vécu routinier des maladies de son épouse qui l'a confronté régulièrement à une image modifiée de cette dernière.

Mme B. fait une nouvelle fois référence à leur âge avancé qui les a amenés à s'adapter aux changements corporels : « [...] si on avait 30 ans de moins, 40 ans de moins, ce serait peut-être un autre problème. ». Elle suggère ainsi que la vieillesse permet de s'habituer aux modifications physiques et facilite ainsi l'adaptation de l'image corporelle perturbée, ce qui corrèle avec l'affirmation de Wassner (1982), cité



par Salter (1992), selon laquelle la réponse et l'impact de l'image corporelle perturbée varient en fonction de critères démographiques tels que l'âge, le sexe, les croyances, la personnalité... M. T affirme ne pas avoir ressenti de dégoût envers sa compagne suite à l'intervention chirurgicale. Il l'explique par ses traits de personnalité en insistant sur la singularité de cet aspect. En effet, il met en avant le fait que il s'agit d'une caractéristique le différenciant des autres « [...] moi - on ne peut pas dire que je ne suis pas comme les autres (rires) - mais... [...]. Mais je vous cache pas, certaines personnes c'est sûr que ça peut leur donner envie de partir ». On peut supposer que c'est une manière pour lui de se gratifier et de se valoriser en précisant que, malgré le choc qu'il affirme, il n'a pas ressenti de dégoût.

De la même façon, Mme M. affirme ne pas ressentir de dégoût face à l'image corporelle de son mari en l'expliquant par sa personnalité et en s'attribuant une « particularité » qui lui permet de ne pas être dérangé par les odeurs. Nous pouvons supposer que l'attribution d'une caractéristique qui la différencie des autres lui permet de se valoriser : « Parce que moi je sais que des autres personnes auraient réagi terriblement. Moi non. Moi les odeurs ça ne me gêne pas. ». La répétition du pronom personnel « moi » traduit bien sa volonté de se différencier, de se distinguer des autres ou encore d'affirmer sa position. Ces deux comportements peuvent référer à de l'omnipotence, mécanisme de défense qui consiste à s'attribuer des qualités qui leur sont exclusives : « [...] le sujet se sent ou agit comme s'il possédait des capacités ou des pouvoirs supérieurs à ceux des autres ».

Nous émettons l'hypothèse que cette volonté de se valoriser traduit une diminution de l'estime de soi chez M. T. et Mme M. et qu'ils tentent ainsi de pallier à cette perte conséquente à une déception ou à un sentiment d'impuissance. Néanmoins, lorsqu'il s'agit d'évoquer l'image corporelle de sa compagne, M. T. se montre hésitant, il ne termine pas ses phrases, il semble avoir peur des mots « valide- enfin valide », « comment dire... », « Ce n'est pas... », « [...] c'est vrai que ça fait un gros... », « [...] pour l'esthétique ce n'est pas... », « [...] ce n'est pas évident ouais. ». Ces paroles entrecoupées peuvent traduire une volonté de maîtrise, d'autocensure. De plus les rires fréquents, lorsque le sujet est évoqué, reflètent son malaise. Nous relevons tout de même l'utilisation d'un vocabulaire appartenant au domaine du

handicap lorsqu'il mentionne sa compagne : « valide », « diminuée », « pris un coup ». Néanmoins, à la fin de l'entretien M. T. se reprend sur le terme « valide », « [...] valide-enfin valide-qui n'est pas opéré [...] ». Le fait que M se corrige, révèle l'impact et la crainte de l'emploi de certains mots, bien qu'employés spontanément durant l'entretien. Mme L. affirme clairement que l'image corporelle de son ami est perturbée. Elle ne précise cependant pas sa propre vision de ces changements et cite les affects de son conjoint uniquement : « « Je suis foutu, je suis plus un homme, je suis plus le même » ».

Nous émettons l'hypothèse qu'elle se refuse d'admettre que son regard sur son partenaire a changé et que ce dernier a perdu de la virilité à ses yeux. Nous supposons qu'il s'agit d'un moyen pour elle de ne pas reconnaître ce qu'elle a perdu, et de conserver l'image qu'elle porte de son couple ou encore qu'elle ne veut pas prendre position. Persson et al. (2004) ont identifiés des sentiments de honte chez les partenaires ressentant du dégoût envers leur conjoint, ce qui les amenaient à freiner l'expression de leurs émotions. La honte pourrait ainsi expliquer le témoignage ambigu et confus de M. T lorsqu'il aborde l'image corporelle de son épouse. Se montre très affirmatif quant au ressenti du dégoût de sa conjointe « C'est sûr que elle, elle le ressent, je pense. ». Il relève également des termes forts employés par sa compagne pour se décrire : «défigurée », « mutilée ».

Mme Beyeler atteste que les sentiments de dégoût sont davantage évoqués par les personnes elles-mêmes que par les partenaires, ce qui correspond au témoignage de M. T. De plus, Persson et al. (2004) ont également observés que le frein aux rapports intimes était plus souvent induit par le patient que par le partenaire. (L.Demoures, 2012, P. 99-111).

#### **IV. Les thérapies basées sur l'image du corps perturbée**

Il y a plusieurs perturbations de l'image de corps mais nous allons nous intéresser à illustrer deux exemples : la psychose et la timidité.

Nous avons vu avec le stade du miroir le rôle primordial que joue chez l'individu la captation visuelle par l'image de son corps et donc, la recherche narcissique d'une identification avec les autres. Les yeux sont pour chacun de nous

autant de miroirs pour refléter notre corps, mais ce ne sont pas des miroirs fidèles et ils troublent l'image que nous souhaitons y rencontrer. D'où l'intérêt de la Psychanalyse qui permet de pouvoir écouter sans être vu : place en retrait du Psychanalyste invisible au patient allongé. La présence invisible et silencieuse du Psychanalyste invite ainsi l'analysant à transformer ce corps imaginaire, ce fantasme du corps en un corps parlé. En opérant dans le seul champ de la parole, l'analyste assure cette bienveillante neutralité dont la règle lui a été imposée par son projet de restituer le sujet à lui-même. Par contre dans les situations de thérapie de face à face, il est donc important que le thérapeute soit analyste pour pouvoir analyser les effets de son propre regard sur le patient. Car tout regard humain est à la fois perception et expression de son existence personnelle. ([Http://www.boulimie.com/s'informer/dossiers-du-mois/l'image-du-corps-en-psychanalyse](http://www.boulimie.com/s'informer/dossiers-du-mois/l'image-du-corps-en-psychanalyse)).

### **1- La psychose**

Le sujet autiste ou psychotique reste captif d'une image incommunicable. Il ne peut se manifester qu'un « être-chose » sans plaisir ni peine. On voit ces enfants ignorer leurs sensations même les plus douloureuses. En raison du manque de symbolisation, le sujet vit exilé car son image du corps est sans médiation langagière. Il est fort possible que la construction de son image du corps ait été interrompue à une époque cruciale par une séparation avec la personne avec qui la relation était structurante. Alors l'enfant aurait symbolisé pour lui-même tout ce qu'il vivait dans un code qui n'est plus communicable. Ainsi, il est en communication avec le monde des choses mais pas celui des humains. Le rapport à l'autre est devenu dangereux, il se retire en lui-même et établit pour lui un code de langage. Nous disons de lui qu'il déparle, qu'il délire.

On trouve évidemment de graves perturbations de l'image du corps dans la psychose, particulièrement dans la schizophrénie et dans la forme particulière de l'hébéphrénie où l'image du corps reste l'image d'un corps morcelé et où l'on peut même assister à certaines mutilations. Ces sujets n'auraient pas traversé les principales étapes du stade du miroir. La thérapie est essentiellement du domaine psychiatrique.

## 2- La timidité

Le timide est embarrassé par son propre corps. Il serait d'ailleurs plus juste de dire non pas son propre corps mais son corps -pour- l'autre. Son corps -pour- l'autre lui échappe. Il ne peut pas le maîtriser, lui donner l'attitude qui convient. Voilà pourquoi lorsque le timide souhaite faire disparaître son corps, n'en plus avoir, c'est de son corps -pour- l'autre dont il s'agit. Tout ceci est formidablement bien décrit par Sartre dans L'être et le néant.

D'ailleurs, s'il est tellement angoissé par ce corps -pour- l'autre, c'est qu'il pense que son corps pour l'autre est son corps pour lui. C'est-à-dire que le timide croit que l'autre le voit tel qu'il est. Il se résigne donc à se voir par les yeux des autres. Le timide est dépendant du regard d'autrui. Cette pathologie peut entraîner de nombreuses phobies sociales et leurs inévitables inhibitions et conduites d'évitement.

La psychothérapie est souvent demandée pour sortir de ces inhibitions. Il faut alors aider le patient à identifier son trouble narcissique et à faire le lien avec ses problèmes identificatoires et surmoïques. Il n'a vraisemblablement pas reçu de gratification narcissique suffisante ou ne les a pas interprétées comme telles. ([Http://www.boulimie.com/s'informer/dossiers-du-mois/l'image-du-corps-en-psychoanalyse](http://www.boulimie.com/s'informer/dossiers-du-mois/l'image-du-corps-en-psychoanalyse)).

## Conclusion

L'image du corps est la conquête progressive de l'unité qui permet la maîtrise de la totalité de corps. Elle est imaginaire et composée non seulement de fantasmes de la première enfance mais aussi par ceux de tous les conflits qui ont bouleversé et composé l'histoire de la vie. Donc L'image du corps est la synthèse vivante des expériences émotionnelles, mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel.

***CHAPITRE IV***  
***PROBLIMATIQUE***  
***ET HYPOTHESES***

## Problématique et hypothèses

La maladie se définit par toute déviation de l'état de bien-être complet (physique, psychique ou social) d'un organisme qui implique une série de symptômes et une étiologie bien définies et qui mène à la détérioration de fonctionnement normal du patient. Autrement dit, elle est un état où l'organisme ou juste une partie de celui-ci ne parvient pas à s'adapter ou est incapable de fonctionner normalement ; c'est toute l'altération de l'état de santé quelque soit transitoire ou chronique.

Parmi les maladies chroniques : cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète, l'insuffisance rénale chronique...

Parmi ses maladies, l'insuffisance rénale chronique appelée l'insuffisance rénale au stade finale qui se caractérise par une maladie grave à long terme qui affecte les reins. A ce stade de l'insuffisance rénale chronique la fonction rénale tombe à moins de 25% du niveau normal. Dans ce désordre qui se produit au cours d'une période de plusieurs années, les reins perdent progressivement leur capacité de la filtration du sang et se débarrasser d'eaux dans l'urine, ce qui conduit à l'accumulation des toxines et des fluides dans le corps. Sa complication fait appeler à un traitement soit par la dialyse ou par la transplantation rénale.

Excepté la transplantation rénale, la dialyse est un processus de filtration par lequel les déchets sont séparés des substances indispensables au fonctionnement de l'organisme. Il existe deux types: l'hémodialyse, la dialyse péritonéale (DP). (<http://fr.medipedia.be/insuffisance-renale/traitement/quest-ce-que-la-dialyse>).

La DP repose sur le même principe physique que l'hémodialyse, la différence essentielle se situant au niveau de la membrane d'épuration : c'est une membrane artificielle, placée dans un appareil (le dialyseur) qui assure l'épuration extra-rénale en hémodialyse, alors que c'est une membrane naturelle, située dans l'abdomen et nommée "péritoine", qui remplit le même rôle en DP.

Le déroulement chirurgical pour la DP consiste d'introduire un cathéter souple dans la cavité péritonéale, sous anesthésie locale ou générale selon les centres. On fait

ressortir l'extrémité de ce cathéter par un petit trou pratiqué généralement un peu en-dessous du nombril, et du côté droit ou gauche, selon le souhait de l'équipe de greffe (la plupart des chirurgiens préférant greffer à droite, le cathéter est le plus souvent placé à gauche). On installe ensuite sur ce cathéter une ligne d'adaptation, qui permet le branchement sur le matériel de dialyse.

Cependant, le cathéter est craint car il est source de possibles infections. Le cathéter est vécu par les patients comme un objet étranger à eux-mêmes, objet fragile, gênant, précieux, qui a besoin de protection, qu'on n'ose pas toucher par crainte de l'abîmer. (C.Aubrée, 2007, P. 03).

Le patient en DP a un profond désir d'apparaître comme tout le monde. De ce fait, la préoccupation de l'apparence peut viser à maintenir l'intégrité de soi.

Selon Arcturius(2007), L'intégrité amène à être soi-même en dépassant la volonté de présenter une image, de défendre une perception, de chercher à plaire aux autres. C'est la qualité de celui qui se présente sans masque, qui est conforme à ce qu'il est réellement dans ses dimensions physique et psychique.

Selon J.D. Nasio, « le corps qui intéresse la psychanalyse n'est pas notre organisme, corps ausculté et soigné par la médecine. Non le corps qui nous intéresse est notre corps vivant, certes, mais tel que nous l'aimons ou le rejetons, tel qu'il est inscrit dans notre histoire et tel qu'il est impliqué dans l'échange affectif, sensuel et inconscient avec nos partenaires privilégiés ». (J.D.Nasio, 2007, p. 112).

Donc chaque être humains a sa propre représentation inconsciente de son image physique qu'on appelle l'image du corps.

En 1935, P. Schilder fut le premier à donner une théorie de l'image du corps. P. Schilder, a eu l'intuition de poser les bonnes questions avec son concept de l'image du corps et ceci à l'aide des connaissances de l'époque. Cependant, il vient tout de même jeter quelques confusions entre les termes « image du corps », « schéma corporel ».

C'est grâce à F. Dolto qui va, par la suite, venir clarifier ces imprécisions. S'appuyant sur le stade du miroir de J. Lacan, qui évoque une image spéculaire, elle

parle « d'image inconsciente du corps » et décrit trois composantes : « image de base, image fonctionnelle et image érogène, lesquelles toutes ensemble constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade d'évolution». (V.Justine, 2013, P.13).

L'image de base permet d'assurer le sentiment d'exister en continu ; « L'image de base est ce qui permet au sujet de se ressentir comme une "mêmeté d'être" (...) C'est de cette "mêmeté d'être", fortement ou ténument pérenne, que vient la notion d'existence ». L'image fonctionnelle est active, elle permet d'assurer l'identité et d'établir des relations avec l'environnement ; « Le sujet vise à l'accomplissement de son désir ». Ce qui est recherché à ce niveau est la satisfaction de la pulsion dans la relation à l'autre et à ce qui l'entoure. L'image érogène assure l'identité sexuée, en permettant d'ouvrir « la voie d'un plaisir partagé, humanisant en ce qu'il a valeur symbolique ». Ceci se traduisant par les mots, les gestes ou les actes, dans le vécu de plaisir ou de déplaisir dans le lien à l'autre. Selon F. Dolto, ces modalités sont « reliées entre elles par les pulsions de vie, lesquelles sont actualisées pour le sujet dans ce que j'appelle l'image dynamique ». L'image du corps est donc subjective, libinalisé, inconsciente et structurée par le langage. (V.Justine, 2013, P.14).

Le diagnostic de l'image corporelle perturbée est étroitement lié au concept de soi (idéal du moi, estime de soi, exercice de son rôle, identité personnelle).

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

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



Ainsi, le trouble de l'image du corps est une source des grandes souffrances tant psychique que physique où le patient souffre d'inquiétude face au changement ou à la perte, sentiment de colère, impuissance, tristesse ou désespoir, agressivité, agitation, pleurs, repli sur soi, soins personnels inadéquats (une personne qui blesse l'orifice de sa stomie en voulant réduire la taille de l'orifice de la poche), sentiments négatifs envers son corps (une personne stomisée qui dit un jour « je me sens mi-homme mi-sac poubelle »), refus de regarder ou toucher la partie du corps atteinte, peur du regard des autres (une femme qui a perdu ses cheveux suite à un traitement oncologique s'exprime ; « comment va réagir et que va dire ma fille en me voyant ? » ou qui ne se met plus nue devant son conjoint), dissimulation, exhibition de la partie concernée (une personne amputée qui cache avec une couverture ou ses draps la partie manquante ou, au contraire, qui va se promener en fauteuil roulant en relevant le bas du pantalon exposant ainsi le moignon aux yeux des autres), personnification de la partie manquante (une personne qui va donner un surnom à son doigt qui n'est plus là, qui va appeler sa stomie Olive, ...). (S.Beyeler, 2006, p. 10).

La dialyse péritonéale peut entraîner une dépréciation corporelle, le sujet en vient à considérer son corps comme incomplet, craint que celui-ci soit « déformé ». La pose du cathéter de DP consiste à introduire un objet étranger dans le corps. Cette effraction constitue un véritable traumatisme, cette intervention modifie le corps, y crée des ouvertures qui peuvent être source d'angoisse.

La théorie psychanalytique à partir des apports post Freudiens, constitue la référence théorique de notre recherche parce qu'elle traite notre thème qui se focalise sur la qualité de l'image du corps chez les dialysés péritonéaux par le test du rorschach.

A partir de ces données concernant les insuffisants rénaux traités par la dialyse péritonéale et leur image du corps, ce qui nous a menées à poser les questions suivantes :

- Quelles est la qualité de la représentation de l'image du corps chez les dialysés péritonéaux ?

- Quelles sont les caractéristiques de l'image du corps chez les dialysés péritonéales à partir du test du Rorschach ?

La pré-enquête représente une étape importante voire indispensable dans tout travail de recherche.

Notre rencontre avec les insuffisants rénaux traités par la dialyse péritonéale par le biais d'une pré-enquête menée au service d'hémodialyse. 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 avons formulé des réponses à ces interrogations en guise d'hypothèses, qui sont les suivantes :

- **L'hypothèse générale**

La dialyse péritonéale est prise comme variable indépendante influence sur la variable dépendante qui est l'image du corps représentée par les patients.

- **Les hypothèses partielles**

- ✓ **La première hypothèse**

L'image du corps est affectée par le traitement d'hémodialyse péritonéale chez la plupart des cas, ils vivent le sentiment d'étrangeté par l'introduction du cathéter dans l'abdomen, avec un sentiment d'incomplétude du corps, jusqu'à parfois le sentiment de morcellement.

- ✓ **La deuxième hypothèse**

A partir du test du Rorschach, les caractéristiques de l'image du corps chez les dialysés péritonéales sont ; la projection d'une image déformée par la maladie, règne des contenus anatomiques avec la description morcelée du corps, attachement aux détails du corps narcissique, la répétition des mêmes réponses malgré le changement de la planche dont il s'agit d'une persévération.

## L'opérationnalisation des concepts

### 1-L'image du corps

#### ✓ A partir de l'entretien

- La perception que la personne a de son corps.
- La perception qu'elle croit que les autres en ont.
- Ce qu'elle ressent lorsqu'elle pense à son corps et comment elle se sent dans son corps.

#### ✓ A partir du Rorschach

La présence de ces caractéristiques change d'un cas à un autre, selon le type de sa personnalité, en l'occurrence les mécanismes de défenses utilisés,

- Absence du contenu humain dans tout le protocole ou sa présence avec un pourcentage bas.
- Présence du contenu anatomique, Parfois avec la perception d'un corps morcelé ou inerte-mort- .
- Perception d'une partie du corps humain Hd ou une partie de l'animal Ad .
- Attachement aux de taille du corps narcissique.
- Projection de réponse en liaison avec la maladie du patient (rénale, appareil urinaire...).
- La persévération du même contenu malgré le changement du stimulus.
- La présence de réponse symétrique qui atteste des préoccupations narcissiques - le double - chez le patient touchant, l'image du corps.
- Absence de relation dans les planches bilatérales qui signifie des procurations narcissiques chez le patient.
- Refus de quelques planches, dont le contenu du corps est présent.

### 2- L'insuffisance rénale :

- Se caractérise par un rein malade.
- Incapable d'effectuer les tâches de filtration et d'élimination des déchets du sang.

### 3- La dialyse péritonéale

- Une technique de suppléance rénale utilisée lors d'insuffisance rénale terminale.
- Permet au patient de gérer son traitement à domicile de manière autonome ou assistée.
- 4 à 5 échanges de 2 à 4 heures/jour 7 jours/7.

# ***CHAPITRE V***

***LA***

***METHODOLOGIE***

## **Introduction**

Ce chapitre méthodologique sera consacré à la présentation des différentes étapes qu'on a suivi dans notre recherche afin de mieux cerner notre thème de recherche qu'est intitulé sur la dialyse péritonéale et ses répercussions sur l'image du corps et qui consistent en une pré-enquête, la démarche clinique, ainsi que du choix de la population de l'étude, et les outils à utiliser ainsi que leurs analyses.

## **1. La démarche de la recherche**

### **1.1. La pré-enquête et enquête**

Dans le but de valider notre question de départ et afin d'aboutir à des hypothèses, ainsi que de recueillir des informations sur notre population d'étude, nous avons réalisé notre pré-enquête en pratiquant des entretiens avec des patients qui se traitent avec la dialyse péritonéale.

On a effectué avec les patients un ou plusieurs entretiens selon la richesse fantasmagique des cas. Contrairement à ceux qui ont une pauvreté fantasmagique avec qui on s'est contenté d'un ou de deux entretiens.

Le déroulement de l'entretien et la passation du test ont été effectués dans la langue maternelle du cas. Par contre pour les cas qui maîtrisent la langue française, on a opté à l'utilisation de l'entretien et le test dans la langue française.

### **1.2. La méthode clinique**

Dans le but de vérifier nos hypothèses, nous sommes basés sur la méthode clinique qui est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujet souffrant et elle doit centrer sur le cas. La situation que nous avons envisagée est celle de la dialyse péritonéale et ses répercussions sur l'image du corps.

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 social ou éducatif ou une forme de conseil 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.

La méthode clinique comporte deux niveaux de buts différents :

- Celui des techniques (test, échelles d'évaluation, entretiens, dessin, jeu, analyse des textes écrits, observation ...) de recueil in vivo d'information pouvant faire l'objet de différents traitements : analyse de contenu, analyse psychopathologique.
- Celui de l'étude approfondie et exhaustive du cas (compréhension du sujet : singularité, fidélité des observations, recherche des significations et de l'origine des actes, des conflits ainsi que des modes de résolution des conflits).

(J.L.Pedinielli, 1994, P. 33-34).

De ce fait, nous avons estimé que la méthode clinique est la plus appropriée aux objectifs de notre recherche, elle va nous permettre d'étudier et analyser le sujet en tant que cas individuel en évolution continue, qui a une histoire personnelle dans une famille et un environnement spécifique.

- **Etude de cas**

L'étude de cas est également une méthode de recherche qualitative qui permet d'analyser une situation réelle pour en extraire des conclusions qui enrichissent les connaissances.

L'étude de cas est une méthodologie qui est employée pour étudier quelque chose de spécifique dans un phénomène complexe. Il existe dans la littérature de nombreuses définitions du terme de cas.

Bichindaritz (1995), propose de le définir comme un ensemble de données empiriques. De façon plus générale, un cas peut être considéré comme un objet, un événement ou une situation constituant une unité d'analyse.

Hamel (1997), de son côté montre que l'étude de cas consiste à rapporter un événement à son contexte et à le considérer sous cet aspect pour voir comment il s'y manifeste et s'y développe. En d'autres mots, il s'agit, de saisir comment un contexte donne acte à l'événement que l'on veut aborder.

Leplat (2002), précise que le cas peut être considéré comme un événement situé. Le cas est compris comme un système intégré et en fonctionnement. Par ailleurs, l'étude de cas, échappe à une vue purement disciplinaire. Puisqu'il est ancré dans la pratique, il décloisonne les champs de connaissances et permet de les articuler les uns avec les autres.

Hamel a bien souligné ces exigences. Il précise que par définition, l'étude de cas fait appel à diverses méthodes, que ce soit l'observation, l'entretien semi-directif ou des techniques d'analyse du contenu. La variété des méthodes utilisées s'inscrit dans le but de croiser les angles d'étude ou d'analyse. Il précise un peu loin que les données recueillies peuvent ainsi se recouvrir et s'éclairer réciproquement pour mieux mettre en relief le cas ciblé. L'avantage de l'étude de cas comme méthode de recherche :

- **Flexibilité** : Le format des études de cas permet à des chercheurs de commencer par de larges questions puis de se focaliser, en fonction des premières observations sur des points particuliers plutôt que de prévoir chaque résultat avant que l'expérience ne soit entreprise.
- **Emphase sur le contexte** : Les études de cas se spécialisent dans la mise en lumière des données profondes ou des descriptions épaisses concernant un sujet ou un petit groupe de sujets. (I.Quentin, 2012).

Nous avons adopté cette méthode de recherche car au fait, elle tient compte des circonstances actuelles et passés pour décrire les problèmes actuels en utilisant des outils différents tels que l'entretien et le test, et cela répond exactement à nos objectifs, car notre étude est portée sur quatre cas, qui se soignent par la dialyse péritonéale et nous avons utilisée pour le recueil des données des entretiens semi directifs et un test projectif qui est le Rorschach.

### 1.3. Présentation du lieu de la recherche

Notre recherche a été effectuée au sein de l'hôpital de Tizi Ouzou «Nedir Mohamed », le choix de ce terrain a été en raison de la disponibilité de la population d'étude qu'on cherche.

L'hôpital Nedir Mohamed est une structure sanitaire, sise au centre de la ville de Tizi Ouzou, qui dépend du centre hospitalo-universitaire de Tizi Ouzou dans



la Grande Kabylie en Algérie, et qui relève de la Direction de la Santé et de la Population de la wilaya de Tizi Ouzou, autant que l'hôpital Sidi Belloua.

Cet hôpital est l'un des hôpitaux en Algérie qui relèvent du Ministère de la Santé et de la Réforme hospitalière.

Notre stage se déroule dans le service de néphrologie qui est un service spécialisé qui traite les maladies des reins, l'unité d'hospitalisation répartie en 9 lits pour les femmes et 9 lits pour les hommes, l'unité d'hémodialyse ; A 14 Générateurs et B 13 générateurs, Consultations et urgences de néphrologie, Consultation de dialyse péritonéale, Consultations des transplantés rénaux.

## 2. Population d'étude

### 2.1. Sélection de notre population d'étude

Notre population de recherche comprend quatre sujets que nous avons sélectionnés à partir de 8 cas vus en pré-enquête sur des bases précises. Cependant, certains critères que nous avons jugés non pertinents n'ont pas été retenus. Qui sont comme suite ;

- **Les critères d'homogénéité retenue**

La sélection a été faite en rapport avec des critères d'homogénéité qui se présentent comme suit :

- Tout les cas sont traités par dialyse péritonéale.
- Consentement ; on a considéré tous les cas qui ont donné leur accord.
- L'âge ; Tous les sujets sont des adultes, car à cet âge la personnalité des individus est inamovible selon P. Marty.

- **Les critères non pertinents de la sélection**

- Le niveau socioculturel : Dans notre recherche, on n'a pas pris en considération cet item car la dialyse péritonéale est une méthode de traitement qui destiné pour toutes les classes sociales et toutes les cultures sans aucune distinction.
- Le sexe ; Cette variable n'est pas étudiée de façon indépendante, car nous avons opté pour une population variée qui englobe les deux sexes.
- L'âge du début de la maladie est différent d'un sujet à un autre.

- **Un tableau récapitulatif des cas étudiés**

| Cas   | Age    | Niveau d'instruction | Profession      | Situation matrimoniale | L'âge de l'apparition de la maladie |
|-------|--------|----------------------|-----------------|------------------------|-------------------------------------|
| Anas  | 39ans  | 4 AF                 | Transporteur    | Célibataire            | 35ans                               |
| Malek | 32ans  | 4AF                  | Sans profession | Célibataire            | 29 ans                              |
| Amina | 40ans  | Aucun niveau         | Sans profession | Marié                  | 32 ans                              |
| Nour  | 24 ans | 1 AS                 | Sans profession | Célibataire            | 20 ans                              |

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

En ce qui est des prénoms des cas, nous les avons chargés pour le respect de la confidentialité et l'éthique de la recherche en psychologie.

### **3. Les techniques utilisées**

#### **3.1. Entretien clinique**

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

C'est aussi un des moyens les plus efficaces qui nous permet de recueillir des données pour accéder aux représentations subjectives de tout un chacun. C'est une technique qui permet de décoder, en tenant compte du contenu manifeste et du contenu latent, les événements vécus par sujet, son histoire, ses rêves, ses fantasmes, ses sentiments, ses émotions et les expériences témoignant de sa singularité et de sa

complexité. En somme, c'est une technique qui essaye de comprendre l'activité et le fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité en se centrant sur le discours, le vécu et la relation. (C.Chillande, 1983, P. 10-27).

Bénony H , définit l'entretien de recherche comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales ; il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, évènements vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves, etc. (H.Bénony, 2003, p. 141).

Il existe trois types d'entretien clinique : l'entretien directif et le non directif, et l'entretien semi-directif, ce dernier qu'on a utilisé dans notre recherche.

### **3.1.1 L'entretien semi-directif**

Ce type d'entretien est un usage essentiel durant lequel le clinicien pose quelques questions pour orienter le discours sur certains thèmes.

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

Cet entretien nous permet de retracer les différents moments de la vie du sujet comme les maladies antérieures et actuelles ainsi que les conséquences qui l'ont mené à l'état psychique du moment. C'est une technique qui autorise une certaine liberté d'expression. Une fois la consigne donnée, on se retient d'interrompre son sujet et si celui-ci reste silencieux car il n'arrive pas à sortir d'une situation de gêne, on le relance par d'autres questions qui vont nous permettre de noter l'investissement du sujet par rapport aux objets extérieurs, la qualité des réactions transférentielle, et la façon dont il interagit avec les items, ainsi que les mécanismes de défense et la qualité de la vie onirique.

### 3.1.2 L'attitude du clinicien

Face à son sujet le clinicien neutre et bienveillant, attentif, et doit éviter de parler, d'interroger et surtout éviter les mimiques ou les gestes signifiants, il doit encourager son patient à parler et se laisser emporter par le rythme adopter et moduler par l'autre selon les contenus de son discours. Néanmoins, pendant un entretien semi-directif, il y a des moments de relance de la part du clinicien. Une attitude systématiquement muette de la part du clinicien peut être nuisible et engendrer un sentiment d'abandon chez certains sujets, par contre les interventions répétées de la part du clinicien peuvent être vécues comme une intrusion par d'autres aussi, le clinicien doit trouver l'attitude qui convient à chaque situation .

Dans certains cas, la neutralité et les interventions répétées peuvent s'avérer néfaste. Chacune d'elle est en effet « susceptible de déclencher un afflux d'excitations non élaborable mentalement, et mal exprimable physiquement. Ces excitations risquent alors de verser leurs effets dans un secteur somatique silencieux dans l'immédiat ».

Concernant la relation clinicien/patient, et son développement à travers le temps, la prudence et le silence du patient. Et l'introduction directe dans le discours peut nous donner une hypothèse diagnostique, que le patient investie immédiatement n'importe quel objet comme bon objet. (P.Marty, 1990, p. 72).

### 3.1.3 Le guide d'entretien

Dans notre recherche sur la dialyse péritonéale et ses répercussions sur l'image du corps nous avons établie un guide d'entretien constitué des axes suivants :

#### ° Caractéristiques personnels

- Nom et Prénom :
- L'âge :
- Niveau d'instruction :
- Profession :
- La situation familiale :

**AXE1 : Information en relation avec l'état de santé actuelle**

- Depuis quand vous avez commencé la dialyse péritonéale ?
- Pourquoi vous êtes sous la dialyse péritonéale ?
- Quelles sont les raisons(les causes) pour vous qui ont provoqué votre état actuel ?
- Y a-t-il d'autres personnes de votre famille atteintes de la même maladie ?
- Pourquoi cette dialyse ?
- Comment ça se déroule l'intervention chirurgicale de la dialyse péritonéale? Est-ce que le cathéter vous dérange ?
- Quelle est votre réaction lors de la première séance de dialyse ?
- Comment vivez-vous avec la dialyse péritonéale ?
- Suivez-vous un régime alimentaire strict ?
- Avez-vous besoin d'autres personnes de votre entourage pour accomplir vos tâches quotidiennes ?
- Quelles sont les complications et maladies qui ont accompagné cette atteinte aujourd'hui ?

**AXE2 : Information sur l'état de santé antérieure**

- Avez-vous souffert d'une maladie (atteinte) dans votre enfance ?
- Avez-vous d'autres maladies avant que vous soyez atteint de l'IRC ?
- Avez-vous été hospitalisé à cause d'une autre maladie ?
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale avant ?

**AXE3 : Information concernant la relation d'objet**

- Comment votre conjoint réagit à votre maladie ?
- Comment votre maladie influence-t-elle sur votre relation sexuelle ?
- Quelle est votre relation avec vos enfants ? Et comment voyez-vous leurs réactions à votre maladie ?
- Comment vivez-vous votre maladie au sein de votre famille ?

- Comment sont-elles vos relations dans le milieu professionnel ?
- Comment sont-elles vos relations sociales ?
- Avez-vous des activités et passions que vous exercez ?
- Quels sont vos projets ?
- La dialyse a-t-elle modifié vos projets ?
- En ce moment comment envisager votre avenir ?

#### **AXE4 : L'image du corps**

- Est-ce que la maladie a modifié pour vous l'idée sur votre corps réel ?
- Votre apparence, façons de s'habiller, de se coiffer, de marcher ont été modifiés, par rapport au passé et après votre maladie ?
- Comment vivez-vous le cathéter ?
- Comment vivez-vous les poches ?
- Est-ce que vous arrive de regarder vos photos avant la maladie ?
- Est-ce que vous avez une représentation imaginaire sur un corps idéal ?
- Est-ce que vous ressentez que vous êtes toujours désirables vis-à-vis de votre conjoint ?
- La vie sexuelle, est ce qu'elle est perturbé avec les modifications de votre corps ?

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

### **3.2 Le test du Rorschach**

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

- **Historique**

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

« normaux ». Rorschach s'est surtout basé, pour l'interprétation, sur l'opposition entre les personnalités axtratives et les personnalités introverties. (J.L.Bernaude, 1998, p. 08).

Le test du rorschach est utilisé dans la pratique clinique et fait chaque année l'objet d'un grand nombre de recherches et de publications en psychologie projective, en psychologie clinique et psychopathologie sa sensibilité, sa fidélité et sa validité sont régulièrement conformées et précisées. (C.Chabert, 2004, p. 47).

- **Définition de test du Rorschach**

C'est un outil d'évaluation psychologique utilisé pour analyser la personnalité et le fonctionnement affective. Ainsi, est un magnifique outil pour évaluer l'image du corps du sujet. Ce dont parle l'enfant, l'adolescent ou l'adulte, en se projetant face à chacune des planches, c'est la représentation du patient de lui-même, et de lui-même en rapport avec les autres. (O.Moyano, p. 02).

Dans le cadre du 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 cognitive. Il est aussi un « précieux instrument d'examen en profondeur de la personnalité ». (C.Beizmann, 1961, p. 21).

- **Le matériel de test du Rorschach**

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

N.Rausch de tranbenberg insiste sur le fait que le caractère symétrique du matériel, organisé autour d'une bilatérale plus au moins exprime mais en tous les cas imparfaits, ainsi chacune des planches peut-elle considérer, au delà de la sollicitation

manifeste qu'elle présente à partir de la sollicitation qui sous tend la rencontre avec le sujet. (P.Roman, 2006, p. 203).

- **Passation de test du Rorschach**

- **Le premier temps**

Le temps de la représentation successive et dans l'ordre de la numérotation des planches, cette présentation est accompagnée de la consigne, le psychologue se maintient, dans une position de soutien et d'accueils des productions du sujets. (P.Roman, 2006, p. 87).

La consigne proposée par Chabert (1997) est la suivante : « nous allons maintenant reprendre les planches ensemble, vous essaierez de me dire ce qui vous a fait penser à ce que vous avez évoqué, bien entendu il vous vient d'autres idées. (J.Richelle, 2009, p. 21).

- **Le deuxième temps**

C'est la seconde phase de la passation, pour l'examineur, c'est un retour (avec le sujet) sur chacune des réponses données aux différentes planches de manière à faire préciser « ou et comment ? », accompagnée de la réitération par le psychologue, ce temps a pour objectif de s'assurer d'avoir bien compris ce que les patients ont voulu dire et de recueillir des informations nécessaires pour la cotation.

- **Le troisième temps**

Le temps de l'épreuve des choix, qui consiste classiquement à demander au sujet d'indiquer quelles sont ses planche préférée puis ses planche les moins aimée. (P.Roman, 2006, p. 87).

#### **4. Analyse des outils utilisés**

##### **4.1 Analyse de l'entretien**

###### **I. La santé physique**

- La santé antérieure (enfance) et santé actuelle, (facteurs héréditaires).
- Relation entre les événements traumatique.

###### **II. Les caractéristiques de l'image du corps**

- L'image du corps.
- Le côté relationnel.



## 4.2 L'analyse du 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 certains nombre d'indice relatif au type d'appréhension, localisation, dominantes (D%, G%) au déterminants (F%, F+% ) et au contenu (H%, A%,...) (N.Rauch.de Traubenberg ; M.F. Boizon, 1996, p.70).

Sur le plan qualitatif, la procédure est comme suit :

### **1. Approche cognitive : comprendre**

1.1. Les modes d'appréhension

1.2. Les déterminants

### **2. Facteurs relevant de la dynamique conflictuelle**

2.1. Les réponses Kinesthésiques

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

Concernant la cotation des réponses dans les protocoles RORSCHACH on va utiliser le livret de cotation de Cécile Beizmann, En ce qui concerne les banalités, on s'est référé aux travaux du A. Si Moussa, et à propos de l'analyse des protocoles on va se basé sur la méthode de Catherine Chabert. (A. Si Moussa, M. Benkhelifa et coll, 2004, P.356)

### 3-L'image du corps

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

A partir des données cites ci-dessus, on va cerner la qualité de l'image du corps de nos cas en dialyse péritonéales, puisque notre recherche se focalise sur cette dimension.

### 4- La présentation des cas

Après l'utilisation des techniques de recherches déjà citées, on peut résumer la méthode d'analyse et le traitement des données recueillit selon la succession des étapes suivantes :

- On analyse les données de l'entretien clinique de chaque cas, compte tenue des hypothèses de notre recherche.
- On analyse les protocoles du (ROR), des dialysés péritonéales cas par cas, et de cerner la qualité du l'image du corps de chacun des patients.

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

### Conclusion

Chaque étude de recherche nécessite une méthodologie à suivre, ce qui nous a poussés à choisir la méthode clinique descriptive (étude de cas). Donc dans ce chapitre nous touchera à appliquer les outils fiables à notre thème tel que l'entretien semi-directif et le test du Rorschach.

***CHAPITRE VI***  
***LA PRESENTATION***  
***ET ANALYSE DES***  
***RESULTATS***

## Présentation du cas Anas

Nous avons cependant vous présenter le cas que nous avons nommé Anas. Le nom Anas, en arabe veut dire qu'il côtoie les gens. Anas est âgé de 39 ans, c'est un brun, avec des yeux noisettes. Il a une taille moyenne. Cette homme est l'ainé de sa famille, procédant 2 frères et 3 sœurs. Il vie seul dans sa maison à coté de la maison de ses parents et ayant arrêté ses études en 9AF. Ce qu'il ne l'a pas empêché d'obtenir un diplôme de soudeur, mais il travaille actuellement comme transporteur grâce au programme de l'ANSEG.

### 1. L'analyse de l'entretien clinique

#### 1.1 La santé physique

- **La santé antérieure (enfance), santé actuelle (facteurs héréditaires)**

Durant notre entretien avec Anas, on souligne qu'il a contracté l'IRC à l'âge de 35 ans, suite a un coma de tension HTA 28, qui lui provoqua une hospitalisation et des soins d'urgences, avec la nécessité de son admission en dialyse de nature péritonéale suite aux recommandations de son médecin.

Pendant son enfance, Anas n'avait aucune maladie, il était souvent en bonnes santé ; d'ailleurs il n'était jamais hospitalisé ou opéré. D'après ses propos ; "je n'était jamais hospitalisé"<sup>1</sup>.

Dans ses antécédents en note une absence de facteur héréditaire, il est le seul au sein de sa famille atteint de l'insuffisance rénale chronique.

Actuellement, il a contracté une infection, mais a souligné qu'il observe parfaitement son traitement, en attendant le projet d'une greffe à partir de son frère, qui lui permettra de mener enfin une vie normale.

- **La relation entre les événements traumatisants**

Notre patient nous a relaté trois événements qui l'ont traumatisé ; le premier événement c'était en 2013, lorsque le médecin lui a annoncé qu'il est atteint de l'IRC, en effet, il était choqué en lui annonçant cette mauvaise nouvelle. D'ailleurs il a perdu

---

<sup>1</sup> « jamais kechemagh à l'hôpital »

conscience pendant 3 jours, il a souffert pendant 4 mois pour arriver finalement accepter cette maladie. "C'est la lâcheté complète"<sup>2</sup>.

Le deuxième événement c'était au cours de cette année, lorsqu'il a attrapé une infection, puisqu'il avait l'intention de subir une greffe, il a peur que cette infection va l'empêcher de réaliser cette intervention.

Et enfin, Il a construit une maison devant ses parents pour se marier, puis il est tombé malade, et tout son projet s'est évaporé.

## **2. Les caractéristiques de l'image du corps**

### **2.1 L'image du corps**

En ce qui concerne l'image du corps Anas nous a répliqué qu'aux premiers temps après son opération, il était très gêné par ce qu'il avait quelque chose d'étrange dans son corps, en disant ; « j'avais besoin de deux mois pour accepter ce changement »<sup>3</sup>. Il compare son image en bonne santé et son image actuelle, il dit ; « Quand je vois mes vieilles photos, quand j'étais en bonne santé mon cœur se brise »<sup>4</sup>.

Avec le temps il s'est habitué, il a retrouvé sa vie normale, en disant, « je prends ma douche, je sors,... »<sup>5</sup>. En ce qui concerne la façon dont ses vêtements et sa coiffure et de la démarche, Anas aimait vraiment prendre soin de lui et de sa bonne image, pour sa propre satisfaction, pas dans la dimension relationnelle, mais pour une satisfaction narcissique.

### **2.2 Le coté relationnel**

Concernant la relation avec sa famille et son entourage, Anas nous a confirmé que sa maladie ne lui à jamais causé de problème et à toujours gardé de très bonnes relations soit avec sa famille ou ses amis. D'ailleurs à chaque hospitalisation lors de la visite à l'hôpital, la chambre était totalement pleine d'amis et membres de famille en disant ; « À divers moments, tous ceux qui me connaissent viennent et ces

---

<sup>3</sup> « Kimegh presque 2 mois amek keblagh changement-ayi ».

<sup>4</sup> « Asema adhezreggh les photoyenaw tikdhimin tehusur uliw igzem ».

<sup>5</sup> « Thura tedawichegh normal, tefaghagh,... »

derniers temps, on s'assoit à l'extérieur puisque la chambre ne peut pas nous accueillir »<sup>6</sup>.

Concernant sa vie privée cette maladie l'a empêché de trouver une partenaire qui accepte sa situation. Il espère qu'un jour la retrouvée. « Difficile de trouver un partenaire qui accepte mon cas »<sup>7</sup>.

### **Conclusion de l'entretien**

Anas, un jeune homme qui a souffert d'une IRC à l'âge de 35 ans, il a été hospitalisé en urgence avec des soins intensifs. La découverte de dysfonctionnement des ses reins était un choc suivi d'une atteinte de son image du corps, caractérisé par un sentiment d'étrangeté de son corps, mais malgré ce sentiment qui s'est estompé avec le temps, Anas aimait vraiment prendre soin de lui et de sa bonne image, pour sa propre satisfaction, pas dans la dimension relationnelle, mais pour une satisfaction narcissique.

---

<sup>6</sup> « Mnkol lwakth, wiyakeni iyisenen tasend aredhayi, et les dernier temps netefagh gher bera puisque la chambre urthetawiyara ».

<sup>7</sup> « lw3ar amek atafedh un adversaire adhikbel am lhalaw ».

**Rorschach d'Anas, 39 ans**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>I            3"</p> <p>1. Voila, je pense c'est un oiseau</p> <p>2. Dhaferoukh la3cha<br/>الخفاش atha sin wafriwen<br/>avec une tête</p> <p style="text-align: right;">"1'30</p> | <p>(toute la planche) La forme</p> <p>(Partie supérieure entière)<br/>La forme</p>   | <p>G F<sup>+</sup> A Ban</p> <p>D F<sup>+</sup> A</p>        |
| <p>II            3"</p> <p>3. Ici je vois deux animaux athan idharenis, le corps ak akerouyis, c'est tout que je peu dire.</p> <p style="text-align: right;">"5</p>                 | <p>(c'est toute la planche)<br/>Par rapport à la forme.</p>  | <p>G F<sup>±</sup> A Sym</p>                                 |
| <p>III           1"</p> <p>4. Je peux dire deux reins.</p> <p>5. dhayi dhel bassin</p> <p style="text-align: right;">"2'41</p>  | <p>(Rouge médiane)<br/>Par rapport à la forme et la couleur mais la forme plus.</p> <p>(Les deux parties noires latérales). Par rapport à la forme</p> | <p>D Fc<sup>+</sup> Anat Sym</p> <p>D F<sup>+</sup> Anat</p> |
| <p>IV            35"</p> <p>6. voila ici pour moi<br/>البركان itherkad.</p> <p style="text-align: right;">"1'41</p>   | <p>(La partie centrale entière).<br/>Par rapport à la forme.</p>   | <p>D Kob<sup>+</sup> Pays</p>                                |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>V                    4"</p> <p>7. Je vois un papillon,<br/>jolie papillon, ah<br/>dhamekran. C'est bon.<br/>"45</p>  | <p>(C'est toute la planche)<br/>Par rapport à la forme</p>  | <p>G F<sup>+</sup> A Ban</p>                                 |
| <p>VI                    2'05"</p> <p>8. Celui-ci dhetejra<br/>tamekran.</p> <p>9. Mais je vois lahchich<br/>des obstacles dewrand<br/>fetejrayi, C'est tout.<br/>"2'25</p> | <p>(Toute la ligne médiane<br/>entière). Par rapport à la<br/>forme</p> <p>(Les deux grandes parties<br/>latérales). Par rapport à la<br/>forme</p> | <p>D F<sup>-</sup> Bot</p> <p>D F<sup>-</sup> Bot</p>        |
| <p>VII                    44"</p> <p>10. Zaregh sin les rochers<br/>dhimekranen bzaf.</p> <p>11. La bas dhizerar<br/>dhimechetah.<br/>"1'39</p>                             | <p>(Toute la planche). Par<br/>rapport à la forme</p> <p>(Partie grise médiane à la<br/>base du 3 tiers). Par rapport<br/>à la forme.</p>           | <p>G F<sup>-</sup> Frag Sym</p> <p>Dd F<sup>-</sup> Frag</p> |



|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>VIII 3"</p> <p>12. Dhilkotayi zaregh un animal et l'autre coté, voilà ses pieds, c'est ca photo copie.</p> <p>13. Dhaghen tewaligh lahchich.</p> <p>"4'30</p>       | <p>(partie rose latérale). Par rapport à la forme</p> <p>(2 tiers bleu). Par rapport à la forme</p>  | <p>D F<sup>+</sup> A Sym</p> <p>D F<sup>+</sup> Bot</p>                           |
| <p>IX 3'30"</p> <p>14. Tewaligh aferoukh dhamekran bla akarouye, je vois juste le corps, voila le dos, les cuisses, akedh deux pattes, alors c'est tout.</p> <p>"5</p> | <p>(C'est toute la planche)<br/>Par rapport à la forme</p>   | <p>G F<sup>-</sup> Anat</p>   |
| <p>X 1"</p> <p>15. Dhagui la tour Eiffel.</p> <p>16. dhagui dhertila.</p> <p>17. Wagui dhelhayawan yemouth.</p> <p>"4'43</p>   | <p>(Gris médian entière en haut) Par rapport à la forme</p> <p>(bleu latérale)<br/>Par rapport à la forme</p> <p>(Gris brun de coté).<br/>Par rapport à la forme</p> | <p>D F<sup>+</sup> Arch</p> <p>D F<sup>+</sup> A Ban</p> <p>D F<sup>±</sup> A</p> |

**Choix +: IV et VI**

**IV** : C'est un jolie et beau dessin, aalakhater yetprésentid un volcan et moi hamlagh adhekimagh guemekan anda adhewaligh lborkan.

**X** : c'est un très bel arbre, plein de vie, neki hamelagh atas la nature surtout lghaba

**Choix - : II et III**

**II** : Là yetprésentid lmouth ak la douleur, la souffrance.

**VI** : dhayi par ce que tewaligh un corps yegzam ak dhidhamen.

**Psychogramme**

|       |       |        |                |                  |
|-------|-------|--------|----------------|------------------|
| G 5   | F15   | A7     | R 17           | F%88 ↑           |
| G%29  | F+ 8  | Anat3  | TT 30"         | F+% 63 ↓         |
| D11   | F±2   | Pays1  | T/Rep 11"      | F%élargi 94 ↑    |
| D% 64 | F-5   | Arch1  | Tpslat Moy 46" | F+%élargi65 ↓    |
| Dd 1  | FC 1  | Bot 3  | MA G D         | A%41             |
| Dd 6% | Kob*1 | Frag 2 | TRI 0K/0,5C    | Ban3             |
|       |       |        | FC 0k/OE       | Ban%18 ↓         |
|       |       |        | RC%35          |                  |
|       |       |        |                | Choix + IV ; VI  |
|       |       |        |                | Choix – II ; III |

## L'analyse qualitative de test du Rorschach

### Impression général

- La productivité est R17 elle est au dessous dans la norme [20-30].
- Une pensée variée qui s'explique par la présence de plusieurs contenu tels que : Animale, Anatomique, Botanique, Paysage, Fragment, Architecture.
- Présence des réponses symétriques qui indiquent le double dans les planches (II, III, VII, VIII).

#### 1- Approche cognitif

##### 1-1 Les modes d'appréhension

D'après le protocole on remarque que Anas appréhende la réalité extérieur dans sa globalité, G5, 29% elle est dans la norme [20-30], en contrepartie les D11, 46% très bas par rapport à la norme [60-70], Pour cela en dira que la façon privilégiée pour Anes d'appréhender la réalité est globale. L'approche en petit détail Dd, était minime une seule dans tout le protocole.

Il a traité en **G** simples dans les planches I du premier contact, et la planche V d'adaptation, ajusté à la réalité puisqu'elles sont associées à des formes positives. Par contre dans la planche IX embryonnaire, il y a un dérapage par rapport à la réalité, puisqu'elle est associée à une forme négative.

Les D sont associées à des bonnes formes positives dans les planches I, III, VIII, X, et les D associées à une forme négative dans la planche VI phallique ; dont deux réponses successives sont négatives.

##### 2-2 Les déterminants

D'après le protocole, on remarque le pourcentage des F% 88 supérieur par rapport à la norme [60-65], qui signifie que Anes persuade la réalité dans le coté formel. Chose qui nous oblige à chercher à savoir la valeur de cette perception F+% 63% qui est bas par rapport à la norme [70 - 80], ce qui atteste le dérapage par rapport à la réalité externe.

Donc, on est obligé de passer à la norme F% élarg pour qu'il puisse se rattraper, F% 94% est élevé par rapport à la norme [80%] ,qui atteste encore que le patient persuade la réalité dans son coté formelle, il reste à cerner le degré d'ajustement avec la réalité, qui est déterminée par un dérapage et une inadaptation à la réalité extérieure qui se confirme par F+% élarg 65% au dessous de la norme [85-95].

Concernant les contenus, on trouve que le patient a utilisé des contenus variés : A% 38% qui est dans la norme [35-66], Anatomique, Paysage, Architecture. Par contre on souligne l'absence du contenu humain.

En ce qui concerne les banalités 3, Ban% 18% bas par rapport à la norme [20-23], qui relève d'une certaine inadaptation sociale.

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

- Description avec attachement aux détails Narcissiques aux planches I, II, VIII, IX.
- Insistance su le repérage des limites et des contours V, VI, VII.

## **2- Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle :**

Les types de résonance intime 0K/0.5C extratensif pur, alors que la formule complémentaire FC 0k/0 E, donc elles sont incompatibles

### **2-1 les réponses Kinesthésiques**

Le patient a introduit une seule réponse kinesthésique, de nature kinesthésie d'objet à la planche IV paternelle d'un contenu agressif cru. "voila ici pour moi البركان الitheratkad", ce qui témoigne la carence fantasmatique qui signifie le manque de représentation et d'imagination dans la vie interne.

### **2-2 Les réactions sensorielles**

Les réactions sensorielles sont absente dans le protocole, à l'exception à la Planche III, dont la symbolique de la relation, et aussi qui relève de la problématique œdipienne, le patient a donné un contenu lié à sa maladie rénale " Je peux dire deux reins ", l'affect liée à la couleur rouge était maîtrisé par un control lié et adapté à la réalité.

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

Deux réponses F-sont successives dans la planche VI phallique, associées à un contenu botanique. Suivies aussi de deux réponses F- successives, dans la planche VII maternelle associées au contenu fragment.

Poursuivi par des réponses positives à la planche pastel VIII, toutefois le patient dérape aussi à la planche IX embryonnaire associée à un contenu anatomique.

Aussi, on remarque qu'après l'échec, c'est-à-dire dans la réponse suivante, après la planche VI et VII Anas donne de bonne réponse F<sup>+</sup> signe qu'il a la qualité de se rattraper après l'échec...

### 3-L'image du corps

Concernant l'image du corps à partir du test du Rorschach chez Anas, on souligne dans l'ensemble du protocole caractéristiques qui attestent que cette image est perturbée, et qui sont comme suit ;

- Absence du contenu humain dans tout le protocole. Par contre la présence du contenu animale, dans une perception inerte-mort- ;Pl X." Wagui dhelhayawan yemouth".

-Présence du contenu anatomique 18%, Parfois avec la perception d'un corps morcelé ou inerte -mort-, Pl IX. "Tewaligh aferoukh dhamekran bla akarouye, je vois juste le corps, voilà le dos, les cuisses, akedh deux pattes, alors c'est tout". Pl X.Wagui dhelhayawan yemouth.

- Attachement à la description de détails narcissiques du corps ;Pl VIII. "Dhilkotayi zaregh un animal et l'autre coté, voilà ses pieds, c'est ca photo copie".

Pl II. "Ici je vois deux animaux athan idharenis, le corps ak akerouyis, c'est tout que je peu dire". Pl I. "Dhaferoukh la3cha الخفاش atha sin wafriwen avec une tête"

-Projection de réponse en liaison avec la maladie du patient à savoir la maladie rénale ;PL III "Je peux dire deux reins".

- La présence de quatre réponses symétriques dans tout le protocole qui attestent des préoccupations narcissiques - le double - chez le patient, touchant à l'image du corps.

### **Conclusion du Rorschach**

Concernant l'image du corps à partir du test du Rorschach chez Anas, on souligne dans l'ensemble du protocole caractéristiques qui attestent que cette image est perturbée, par ce qui est déjà cité ci dessus , cette qualité été confirmée dans l'analyse de l'entretien.

### **Résumé du cas**

Anas, un jeune homme qui a souffert d'une IRC à l'âge de 35 ans, il a été hospitalisé en urgence avec des soins intensifs. La découverte de disfonctionnement des ses reins était un choc suivi d'une atteinte de son image du corps, caractérisé par un sentiment d'étrangeté de son corps, mais malgré ce sentiment qui s'est estompé avec le temps, Anas aimait vraiment prendre soin de lui et de sa bonne image, pour sa propre satisfaction, pas dans la dimension relationnelle, mais pour une satisfaction narcissique.

Concernant l'image du corps à partir du test du Rorschach chez Anas, on souligne dans l'ensemble du protocole caractéristiques qui attestent que cette image est perturbée, cette qualité été confirmée dans l'analyse de l'entretien, comme suit :

- Absence du contenu humain dans tout le protocole. Par contre la présence du contenu animale, dans une perception inerte-mort- ;Pl X." Wagui dhelhayawan yemouth".
- Présence du contenu anatomique 18%, Parfois avec la perception d'un corps morcelé ou inerte -mort-, Pl IX. "Tewaligh aferoukh dhamekran bla akarouye, je vois juste le corps, voilà le dos, les cuisses, akedh deux pattes, alors c'est tout". Pl X.Wagui dhelhayawan yemouth.
- Attachement à la description de détails narcissiques du corps ;Pl VIII. "Dhilkotayi zaregh un animal et l'autre coté, voilà ses pieds, c'est ca photo copie".

Pl II. "Ici je vois deux animaux athan idharenis, le corps ak akerouyis, c'est tout que je peu dire". Pl I. "Dhaferoukh la3cha الخفاش atha sin wafriwen avec une tête"

-Projection de réponse en liaison avec la maladie du patient à savoir la maladie rénale ;PL III "Je peux dire deux reins".

- La présence de quatre réponses symétriques dans tout le protocole qui attestent des préoccupations narcissiques - le double - chez le patient, touchant à l'image du corps.



## Présentation du cas Malek

Malek est un patient âgé de 32 ans, célibataire, de taille moyenne, teint brun aux yeux noisettes troisième enfant d'une fratrie de quatre, son niveau d'instruction est de 9<sup>o</sup>AF. Actuellement, il vit avec ses parents et est sans profession.

### L'analyse de l'entretien clinique

#### 2.2 La santé physique

- **La santé antérieure (enfance), santé actuelle (facteurs héréditaires)**

Malek était en bonne santé mais à l'âge de 28 ans, et suite à une infection et douleurs urinaires, s'est présenté à l'hôpital pour consultation et soins. Après analyses, il s'est avéré que ses reins ne fonctionnent plus d'où la nécessité de son admission en dialyse de nature péritonéale suite aux recommandations de son médecin, et cela jusqu'à ce jour.

Durant son enfance, Malek n'avait aucune maladie, et se portait bien, il nous dit ; "je n'étais jamais hospitalisé"<sup>8</sup>.

Concernant ses antécédents, sa maladie n'est pas héréditaire, puisqu'il est le seul cas de sa famille atteint de l'insuffisance rénale chronique.

Actuellement, il est atteint par une infection et suit parfaitement son traitement, en attendant une greffe de rein donnée par son père.

#### **La relation entre les événements traumatisants**

Notre patient nous a relaté un événement qui l'a traumatisé ; le premier événement c'était en 2013, lorsque le médecin lui a annoncé qu'il est atteint de l'IRC, en effet, il était choqué, senti un malaise. Il dit "j'ai senti ma tête tourner"<sup>9</sup>.

### 2. Les caractéristiques de l'image du corps

#### 2.3 L'image du corps

Au début, il sentait une grande gêne et inacceptation de voir son corps modifié et déformé par le cathéter à chaque fois qu'il procède au changement des poches.

---

<sup>8</sup> Jamais hospitalisé

<sup>9</sup> Hussegh akeruyiw adewir

Il dit ; " ça me fait mal de voir des déformations dans mon corps"<sup>10</sup>. Il évite même de voir ses anciennes photos le rappelant son état de bonne santé. Il dit " ça me fait mal de voir mes photos qui me rappellent ma santé perdue"<sup>11</sup>.

## **2.2 Le côté relationnel**

Concernant la relation avec sa famille et son entourage, Malek nous a confirmé que ses relations sont toujours très bonnes avec les membres de sa famille et ses amis, d'ailleurs, il voyage beaucoup. Il a un hommage particulier aux membres proches de sa famille qui lui sont d'un grand soutien et d'une aide précieuse.

## **Conclusion de l'entretien**

Malek était un jeune qui se portait bien, jusqu'à l'âge de 28 ans, ou il avait une infection suite à laquelle il a découvert que ses reins ne fonctionnent plus. Cela, était un choc et une atteinte profonde de son image du corps, ce sentiment s'accroît à chaque séance de traitement, en voyant son corps modifié, déformé.

---

<sup>10</sup> Ikerhiyi ma dhezragh Ikoriw ichangé

<sup>11</sup> Ikerehiyi madhezragh les photoyenaw semekthayenyid la snté yenaw igerohan

**Rorschach de Malek, 32ans**

| <b>Discours</b>  | <b>Enquête</b>  | <b>Cotation</b>   |
|--|---|---|
| <p>I            1"</p> <p>1. Dachu wagui wissen ma tizizwith</p> <p>2. Nagh c'est un papillon, je pense que c'est un papillon athenaya iferiwnis ak dhokroyis</p> <p style="text-align: right;">"1</p> | <p>(C'est toute la planche)<br/>Par rapport à la forme</p> <p>(C'est toute la planche)<br/>Par rapport à la forme</p> | <p>GF<sup>+</sup>A</p> <p>GF<sup>+</sup>A Ban</p>       |
| <p>II            3"</p> <p>3. Wagui Le corps humains guemagrat ama dhoksar.</p> <p style="text-align: right;">"45</p>  | <p>(C'est toute la planche)<br/>Par rapport à la forme</p>  | <p>GF<sup>-</sup>Anat</p>                               |
| <p>III           5"</p> <p>Dhachut thagui, uzrighara, ute3kilaghara.</p> <p style="text-align: right;">"1</p>  | <p>Refus</p>  |   |
| <p>IV           2"</p> <p>4. Dachu ldessinayi wayi dhelwahch.</p> <p>5. A non c'est un être humain.</p> <p style="text-align: right;">"1</p>   | <p>(C'est toute la planche)<br/>Par rapport à la forme</p> <p>(C'est toute la forme) Par rapport à la forme</p>       | <p>G Fclob<sup>+</sup> (H)</p> <p>G F<sup>+</sup> H</p> |

|      |     |   |   |                      |
|------|-----|---|---|----------------------|
| V    | 1"  | 6. C'est un animal.<br><br>7. Wakila papillion atha okaruyis ak dhidharenis.<br><br>"45 | (C'est toute la planche).<br>Par rapport à la forme<br><br>(C'est toute la planche)<br>Par rapport à la forme | GF±A<br><br>GF+A Ban |
| VI   | 18" | 8. Wagui حيوان بحري Poisson la raie<br>"1   | (C'est toute la planche)<br>Par rapport à la forme  | GF-A                 |
| VII  | 12" | 9. le bassin, الشكل الخلفي للإنسان,<br>"1   | (C'est toute la planche)<br>Par rapport à la forme  | GF-Anat              |
| VIII | 2"  | 10. wagui الجهاز البولي<br>"1 :30   | (C'est toute la planche)<br>Par rapport à la forme  | GF-Anat              |
| IX   | 3"  | 11. Wagui le corps humains.<br>"46  | (C'est toute la planche)<br>Par rapport à la forme  | GF+ Anat             |

|   |   |                               |
|---|---|-------------------------------|
| <p>X 16"</p> <p>12. C'est un corps humains.</p> <p>13. Ah, الجهاز الهضمي.</p> <p>"1</p> | <p>(C'est toute la forme)<br/>Par rapport à la forme</p> <p>(C'est toute la forme)<br/>Par rapport à la forme</p> | <p>GF-Anat</p> <p>GF-Anat</p> |
|---|---|-------------------------------|

- Choix + : VI et VII

Planche VI : représente le male.

Planche VII : représente la femelle.

- Choix - : III et V

Planche V : C'est un papillon.

Planche III : Le dessin n'est pas claire.

On été obligé de passer à l'enquête au limite à la Planche III, pour montrer à Malek, le contenu humain, qu'il a accepte après avoir suggéré cette réponse.

## Le psychogramme

|               |        |      |        |                |
|---------------|--------|------|--------|----------------|
| R 13          | G 13   | F 13 | A 5    | F% 100% ↑      |
| TT 15"        | G% 100 | F+6  | Anat 6 | F+% 50 ↓       |
| T / Rep 1'30" |        | F±1  | H 1    | F% élarg 100 ↑ |
| Tps lat 1'9"  |        | F- 6 | (H) 1  | F+% élarg 50 ↓ |
| MA G          |        |      |        | A % 38         |
| TRI 0K / 0C   |        |      |        | H% 15          |
| FC 0K/0E      |        |      |        | Ban 2          |
| RC% 30        |        |      |        | Ban% 15 ↓      |

## L'analyse qualitative du test Rorschach

### Impression général

- Productivité : nombre de réponses est en dessous de la norme R13 par apport à la norme [20-30].
- La pensée n'est pas variée : Animal, Anatomique, Humain.
- La présence de refus dans la planche III.

### Approche cognitif

#### Les modes d'appréhension

D'après le protocole, on remarque que Malek appréhende la réalité extérieure dans sa globalité, G13, 100% est très supérieur par apport à la norme [20-30]. Par contre on remarque que le mode d'appréhension dans le détail est absent.

Il a traité en G simples les planches I, IV, V, IX, adaptées à la réalité puisqu'elles sont associées à des formes positives. Par contre les autres planches II, VI, VII, VIII, X, il ya un dérapage par rapport à la réalité, puisqu'elles sont associés à des formes négatives et des contenus qui sont souvent anatomiques.

#### Les déterminants

D'après le protocole, on remarque le pourcentage des F% 100 est très supérieur par rapport à la norme [60-65], qui signifie que Malek aperçoit la réalité dans le coté formel. Chose qui nous oblige à chercher à savoir la valeur de cette perception F+% 50 % qui est basse par rapport à la norme [70 - 80], ce qui atteste le dérapage par rapport à la réalité externe.

Donc, on est obligé de passer à la norme F% élarg pour qu'il puisse se rattraper, F% 100% est élevé par rapport à la norme [80%] , qui atteste encore que le patient persuade la réalité dans son coté formelle, il reste à cerner le degré d'ajustement avec la réalité, qui est déterminée par un dérapage et une inadaptation à la réalité extérieure qui se confirme par F+% élarg 50% au dessous de la norme [85-95].

Concernant les contenus on trouve que le patient utilise un contenu pauvre limité : la première place est au contenu anatomique avec un pourcentage de 46%,

puis le contenu animal A%38 qui est dans la norme par rapport à [35-60]. En dernier le contenu humain H% 15 qui est dans la norme par rapport à [15-20].

En ce qui concerne les banalités, leurs présence est de Ban 15% au dessous de la norme [20-23], qui atteste une mauvaise adaptation sociale.

## **2- Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle**

Les types de résonance intime OK/OC Coarté, alors que la formule complémentaire est FC Ok/0 E donc elles sont compatibles.

### **2-1 Les réponses Kinesthésiques**

Le patient n'a pas introduit aucune réponse Kinesthésique qui témoigne la carence fantasmatique qui signifie le manque de représentation et d'imagination dans la vie interne.

### **2-2 Les réactions sensorielles**

On souligne que le protocole est vide aucune réponses sensorielles, ne se trouve.

Dans ce protocole, on trouve la trace du dérapage à travers F<sup>-</sup> signe de l'émergence en processus primaires ; qui se trouve dans la planche II et la planche X le même contenu anatomique du corps humain qui se répète, cependant on souligne le mécanisme de persévérance.

A la planche VI phallique, le dérapage était associé à un contenu animal, ensuite à partir de la planche VII jusqu'à la planche X, tout le contenu des planches avait un dérapage F<sup>-</sup> dont le contenu anatomique, à l'exception de la planche IX embryonnaire associé à une forme positive. Donc souvent le dérapage est accompagné avec un la persévération du contenu anatomique.

A la planche III, il y avait carrément le refus de cette planche, dont on été obligé de passer à l'enquête au limite à la Planche III, pour montrer à Malek, le contenu humain, qu'il a accepté après avoir suggéré cette réponse.



### 3-L'image du corps

Concernant l'image du corps à partir du test du Rorschach chez Malek, on souligne dans l'ensemble du protocole caractéristiques qui attestent que cette image est perturbée, et qui sont comme suit ;

- La présence basse du contenu humain dans tout le protocole
- La forte présence du contenu anatomique Anat 46 %, Parfois avec la perception d'un corps morcelé à la Pl II . "Wagui Le corps humains guemagrat ama dhoksar".
- Attachement aux de taille du corps narcissique PlV. "Wakila papillion atha okaryis ak dhidharenis".Pl I. " Nagh c'est un papillon, je pense que c'est un papillon athenaya iferiwnis ak dhokroyis".
- Projection de réponse en liaison avec la maladie du patient ; rénale, appareil urinaire.Pl VII." le bassin, الشكل الخلفي للإنسان,Pl VIII." wagui الجهاز البولي "
- La persévération du même contenu malgré le changement du stimulus, dans la planche II et la planche X le même contenu anatomique du corps humain.
- Refus de la planche III, dont on été obligée de passer à l'enquête au limite.

### Conclusion du Rorschach

Concernant l'image du corps à partir du test du Rorschach chez Malek, on souligne dans l'ensemble du protocole caractéristiques qui attestent que cette image est perturbée, par ce qui est déjà cité ci dessus, cette qualité été confirmée dans l'analyse de l'entretien.

### Résumé du cas

Malek était un jeune qui se portait bien, jusqu'à l'âge de 28 ans, ou il avait une infection suite à laquelle il a découvert que ses reins ne fonctionnent plus. Cela, était un choc et une atteinte profonde de son image du corps, ce sentiment s'accroît à chaque séance de traitement, en voyant son corps modifié, déformé.

Concernant l'image du corps à partir du test du Rorschach chez Malek, on souligne dans l'ensemble du protocole caractéristiques qui attestent que cette image est perturbée, cette qualité été confirmée dans l'analyse de l'entretien. Comme suit :

- La présence basse du contenu humain dans tout le protocole

- La forte présence du contenu anatomique Anat 46 %, Parfois avec la perception d'un corps morcelé à la Pl II . "Wagui Le corps humains guemagrata ama dhoksar".
- Attachement aux de taille du corps narcissique PIV. "Wakila papillon atha okaruyis ak dhidharenis".Pl I. " Nagh c'est un papillon, je pense que c'est un papillon athenaya iferiwnis ak dhokroyis".
- Projection de réponse en liaison avec la maladie du patient ; rénale, appareil urinaire.Pl VII." le bassin, الشكل الخلفي للإنسان,Pl VIII." wagui الجهاز البولي "
- La persévérance du même contenu malgré le changement du stimulus, dans la planche II et la planche X le même contenu anatomique du corps humain.
- Refus de la planche III, dont on été obligée de passer à l'enquête au limite.

## Présentation du cas Amina

Amina est une patiente âgée de 40 ans, mariée, de taille moyenne, teinte blonde aux yeux noirs. Mère de 5 enfants ; quatre filles et un garçon. Elle n'a aucun niveau d'instruction.

### L'analyse de l'entretien clinique

#### 2.4 La santé physique

- **La santé antérieure (enfance), santé actuelle (facteurs héréditaires)**

Amina à l'âge de 32 ans s'est présentée à l'hôpital pour consultation et soins, où son médecin lui annonça qu'elle est atteinte d'IRC suite à des gonflements de ses pieds et des douleurs abdominale intenses, qu'elle avait depuis un certain temps.

Amina, nous révèle que son admission en dialyse péritonéale suite aux recommandations de son médecin, et cela jusqu'à ce jour.

Concernant ses antécédents, sa maladie n'est pas héréditaire, puisqu'elle est le seul cas de sa famille atteinte de l'IRC.

Actuellement elle vit sans complication, dont on a fait notre examen psychologique elle est venue juste pour un contrôle.

#### **La relation entre les événements traumatisants :**

Notre patiente nous a relaté un événement qui l'a traumatisé :

L'événement c'était en 2009, lorsque le médecin lui a annoncé qu'elle est atteinte d'IRC, et lui a dit qu'il va falloir qu'elle soit dialysée. Elle dit " ces mots ont brisé mon cœur"<sup>12</sup>.

## 2. Les caractéristiques de l'image du corps

### 2.5 L'image du corps

En ce qui concerne l'image du corps, Amina nous a répliqué que la pose du cathéter a créé chez elle un sentiment d'étrange et d'incomplétude de son corps. Elle

---

<sup>12</sup> Lahdhoris gezemniyi uliw

dit " je sens que je ne suis pas une femme"<sup>13</sup>. Amina ne s'intéresse pas à son look, son physique et sa démarche pour elle cela ne sert à rien.

## **2.2 Le côté relationnel**

Concernant la relation avec sa famille et son entourage, Amina nous a confié bien que ses relations sont normales, mais elle a un sentiment d'avoir perdu ses enfants, puisque cette maladie a beaucoup diminué ses capacités de soins maternels envers ses enfants.

Concernant sa vie intime cette maladie l'a empêché de satisfaire ses besoins sexuels à cause de peur des douleurs et du cathéter qui lui a provoqué des angoisses.

## **Conclusion de l'entretien**

Amina était une femme qui se portait bien, jusqu'à l'âge de 32 ans où elle avait des gonflements et des douleurs abdominales intenses, suite à la qu'elle a découvert que ses reins ne fonctionnent plus.

Cela était le un choc et une atteinte profonde de son image du corps, suivi par des sentiments d'étrangeté et des angoisses dans sa relation sexuelle.

---

<sup>13</sup> Tehusugh uwiteghara tametouth

**Rorschach de Amina, 40 ans**

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>I            10 "</p> <p>1. Wagui sin idhorar</p><br><p>2. Chokagh dhizem</p> <p style="text-align: right;">"3</p>         | <p>(Latéral). Par rapport à la forme.</p><br><p>(Toute la planche). Par rapport à la forme.</p>       | <p>D F<sup>+</sup> Géó Sym</p><br><p>G F<sup>+</sup> A</p> |
| <p>II            8 "</p> <p>3. Dhagui tewaligh lborkan iterdhak.</p> <p style="text-align: right;">"2</p>                     | <p>(Toute la planche).</p>  | <p>G Kob<sup>+</sup> Frag</p> <p>↙ FC<sup>+</sup></p>      |
| <p>III           11 "</p> <p>4. Takboucht sin iffasen, dhayakan itewaligh.</p> <p style="text-align: right;">"3</p>           | <p>(Toute la planche). Par rapport à la forme.</p>  | <p>G F<sup>+</sup> Obj</p>                                 |
| <p>IV           45 "</p> <p>5. Tewaligh chejra.</p><br><p>6. Ak dhelahchich. Dayen.</p> <p style="text-align: right;">"48</p> | <p>(Partie centrale entière). Par rapport à la forme.</p><br><p>(Limité). Par rapport à la forme.</p> | <p>D F<sup>+</sup> Bot</p><br><p>G F<sup>-</sup> Bot</p>   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>V 45"</p> <p>7. Tewaligh lhimar.</p> <p>"3'5</p>  | <p>(Toute la planche)<br/>Par rapport à la forme.</p>  | <p>G F<sup>-</sup> A</p>  |
| <p>VI 4"</p> <p>Udewalagh kera.</p> <p>"5</p>  | <p>Refus</p>   |   |
| <p>VII 17"</p> <p>8. Tewaligh lghaba.</p> <p>9. Tewaligh dhayi lahchich.</p> <p>"1'20</p>                          | <p>(3 tiers entière). Par rapport à la forme.</p> <p>(1 et 2 tiers). Par rapport à la forme.</p>                   | <p>D F<sup>±</sup> Bot</p> <p>D F<sup>-</sup> Bot</p>   |
| <p>VIII 36"</p> <p>10. Dhayi dhadherar.</p> <p>11. Ak dhetimes.</p> <p>12. Ak dhedokan itefeghad.</p> <p>"2'13</p> | <p>(Gris en haut). La forme</p> <p>(Rose et orange en bas). La forme.</p> <p>(Partie rose latérale). La forme.</p> | <p>D F<sup>+</sup> Pays<br/>    ↙FC+</p> <p>D F<sup>+</sup> Elem</p> <p>D Kob<sup>+</sup> Frag<br/>    ↙FE+</p> |

|  |              |  |
|--|--------------|--|
| <p>IX            36"</p> <p>Uteakilagh ara, dachuth wagui.</p> <p>"1'36</p>                                    | <p>Refus</p> |  |
| <p>X            "53</p> <p>13. Utaekilghara, senathayi untaekilaghara, ikunmeti dhachu tewalimt.</p> <p>"3</p> | <p>Refus</p> |  |

- **Planche +: III et VI**

Planche III: Hamelaghet lakhater teprésentid thakbouch.

Planche VI: Tewaligh lghaba neki hamelagh atas lghaba.

- **Planche -: IV et VIII**

Planche IV: uyetha3jibara la forme nla planche ayi.

Planche VIII: uyarjibara alakhater tewaligh times, nek uhemilghara times.

## Le psychogramme

|               |        |       |           |                  |
|---------------|--------|-------|-----------|------------------|
| R12           | G5     | F10   | A 2       | F% 83 ↑          |
| TT 30"        | G% 42↑ | F+6   | Géo1      | F+% 65 ↓         |
| T/Rep 150"    | D7     | F-3   | Frag 2    | F% élarg 83 ↑    |
| T lat Moy 43" | D%58   | F±1   | Bot 4     | F+% élarg 65 ↓   |
| MA G D        |        | Kob 2 | Obj 1     | A 17% ↓          |
| TRI 0K/0C     |        |       | Pays1     | Frag 17%         |
| FC 2K/0E      |        |       | Element 1 | Bot 33%          |
| RC% 25↓       |        |       |           | Choix + III, VI  |
|               |        |       |           | Choix – VIII, IV |



## L'analyse qualitative de test du Rorschach

### Impression général

- Productivité : nombre de réponse est pauvre en dessous de la norme R12 par rapport à la norme [20-30].
- Le contenu des réponses est variée tels que : Animal, Botanique, Géographique, Fragment, Objet, Paysage, Elément. Par contre on souligne l'absence du contenu humain.
- La présence du refus dans trois planches VI, IX, X.

### 1- Approche cognitif

#### 1-1 Les modes d'appréhension

D'après le protocole, on souligne que Amina appréhende la réalité extérieure d'une façon importante dans sa globalité, G 42% supérieur par rapport à la norme [20-30], en contre partie le pourcentage du D 58% est un peu bas par rapport à la norme [60-70]. Pour cela on dira que la façon privilégiée pour Amina d'appréhender la réalité est globale.

Elle a traité en G simples planches I,III, adapté à la réalité puisqu'elles sont associées à des formes positives. Par contre les deux autres planches IV, V, il ya un dérapage par rapport à la réalité, puisqu'elles sont associés à des formes négatives.

Elle a traité en G élaboré dans la planche II de castration avec un contenu agressif.

Les D sont associées à de bonne formes positives dans les planches I, IV, VIII, et un D associé à la forme négative dans la planche VII maternelle associée à un contenu botanique.

#### 1-2 Les déterminants

D'après le protocole, on remarque le pourcentage des F% 83% supérieur par rapport à la norme [60-65], qui signifie que Amina persuade la réalité dans le coté formel. Chose qui nous oblige à chercher à savoir la valeur de cette perception F+% 65

qui est bas par rapport à la norme [70 - 80], ce qui atteste le dérapage par rapport à la réalité externe.

Donc, on est obligé de passer à la norme F% élarg pour qu'elle puisse se rattraper, F% 83% est élevé par rapport à la norme [80%], qui atteste encore que la patiente persuade la réalité dans son coté formelle, il reste à cerner le degré d'ajustement avec la réalité, qui est déterminée par un dérapage et une inadaptation à la réalité extérieure qui se confirme par F+% élarg 65% au dessous de la norme [85-95].

Concernant les contenus, on trouve que la patiente a utilisé un contenu varié : A% 17 qui est très bas par rapport à la norme [35-66], absence du contenu humain H%0,

le contenu botanique, le contenu fragment. Aussi l'absence des banalités accentue la mauvaise adaptation sociale d'Amina.

Sur le plan syntagmatique-retiré les procédés selon la grille du TAT, de Vica Schentoub, on trouve que la patiente exprime :

- Précaution verbale planche I réponse 2 "Chokagh dhizem".
- Attachement aux détails de la planche e III "Takboucht sin ifasen dhayakan".
- 2-** Demande faite au clinicien qui signifie le besoin d'étayage à la planche IX ;en demandant c'est quoi ça, et à la planche X ;Amina a demandé au psychologue, que qu'il peut voir lui-même dans cette planche, donc Amina a renversé les rôles de l'examineur et de l'examiné.

### **3- Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle :**

Les types de résonance intime OK=OC Coarté, alors que la formule complémentaire FC 2k/0E. donc elles sont incompatibles

#### **2-1 Les réponses Kinesthésiques**

La patiente n'a pas utilisé beaucoup de réponses Kinesthésiques à l'exception de deux kinesthésie d'objets aux planches suivantes ;

- La planche II de castration " Dhagui tewaligh lborkan iterdhak" cette kinesthésie est ajustée à la réalité extérieure.
- La planche VIII "Ak dhedokan itefeghad" cette kinesthésie est ajustée à la réalité extérieure.

## 2.2 Les réactions sensorielles

On souligne que le protocole est vide aucune repenses sensorielles claire ne se trouve, par contre on souligne quelques tendances ; à la planche VIII relationnelle, on trouve la tendance par FE+, c'est-à-dire que la patiente à pu contrôler son anxiété dans cette planche. Aussi à la planche II de castration, on trouve la tendance par FC+, c'est-à-dire que la patiente à pu contrôler son affect dans cette planche, Pareillement pour la planche VIII.

Dans ce protocole, on trouve la trace du dérapage à travers F<sup>-</sup> signe de l'émergence en processus primaires ; qui se trouve dans la planche IV paternelle et VII Maternelle causé par le mécanisme de persévération du même contenu Herbe. Aussi il y avait une mauvaise forme à la planche V d'adaptation.

On souligne que Amina ne peut traiter toutes les situations, en l'occurrence, elle a refusé trois planches ; la planche IV phallique, et les deux dernières la planche IX embryonnaire, et la planche X d'angoisse de morcèlement.

## 3-L'image du corps

Concernant l'image du corps à partir du test du Rorschach chez Amina, on souligne dans l'ensemble du protocole des caractéristiques qui attestent que cette image est perturbée, et qui sont comme suit ;

- Absence du contenu humain dans tout le protocole.
- La persévération du même contenu malgré le changement du stimulus, qui se trouve dans la planche IV paternelle et VII Maternelle par la répétition du contenu Herbe.
- Le refus de trois planches ; la planche IV phallique, et les deux dernières la planche IX embryonnaire, et la planche X d'angoisse de morcèlement.
- Absence d'évocation de relation dans les planches bilatérales qui signifie des procurations narcissiques chez la patiente, planche III, VII, VIII en plus du refus de la planche X.

-

### **Conclusion du Rorschach**

Concernant l'image du corps à partir du test du Rorschach chez Amina, on souligne dans l'ensemble du protocole des caractéristiques qui attestent que cette image est perturbée, par ce qui est déjà cité ci dessus, cette qualité été confirmée dans l'analyse de l'entretien.

### **Résumé du cas**

Amina était une femme qui se portait bien, jusqu'à l'âge de 32 ans où elle avait des gonflements et des douleurs abdominales intenses, suite à la qu'elle a découvert que ses reins ne fonctionnent plus.

Cela était le un choc et une atteinte profonde de son image du corps, suivi par des sentiments d'étrangeté et des angoisses dans sa relation sexuelle.

Concernant l'image du corps à partir du test du Rorschach chez Amina, on souligne dans l'ensemble du protocole des caractéristiques qui attestent que cette image est perturbée, cette qualité été confirmée dans l'analyse de l'entretien. Comme suit :

- Absence du contenu humain dans tout le protocole.
- La persévération du même contenu malgré le changement du stimulus, qui se trouve dans la planche IV paternelle et VII Maternelle par la répétition du contenu Herbe.
- Le refus de trois planches ; la planche IV phallique, et les deux dernières la planche IX embryonnaire, et la planche X d'angoisse de morcèlement.
- Absence d'évocation de relation dans les planches bilatérales qui signifie des procurations narcissiques chez la patiente, planche III, VII ,VIII en plus du refus de la planche X.

## Présentation du cas Nour

Nous avons cependant vous présentez le cas que nous avons nommé Nour. Nour qui signifie en arabe visage lumineux. Sachant qu'elle est âgée de 24 ans, célibataire, une blonde aux yeux bleus, et d'une taille moyenne. Appartient a une fratrie de 6 enfants 3 filles et 2 garçons, dont elle vit avec ses parents et ayant arrêté ses études en 1<sup>e</sup> AS.

### 1. L'analyse de l'entretien clinique

#### 1.1 La santé physique

- **La santé antérieure (enfance), santé actuelle (facteurs héréditaires)**

Durant notre entretien avec Nour, on souligne qu'elle a contracté l'IRC à l'âge de 20 ans suite aux douleurs abdominales intenses, qu'elle avait depuis un certain temps, celles-ci avaient tendance à s'accroître lors qu'elle faisait un effort physique. Comme elle habite un endroit isolé, le centre le plus proche est encore à 3 h de route alors elle a choisi la dialyse péritonéale. "c'est la façon pour moi d'être autonome" dit elle.

Pendant son enfance, Nour a eu des kystes au niveau de sa gorge et en 2003 elle a subi une intervention chirurgicale. Dans ses antécédents, Nour nous révèle qu'elle a ses cousines qui sont atteinte d'IRC, donc cette maladie d'insuffisance rénale est héréditaire.

Actuellement, elle vit sans complication, elle est venue juste pour un contrôle en attendant une greffe de rein donné par son père, qui lui permettra de mener enfin une vie normal.

- **La relation entre les événements traumatisants**

Notre patiente nous a relaté un événement qui l'a traumatisé :

L'événement c'était en 2013, lorsque le médecin lui a annoncé qu'elle est atteinte d'IRC et lui dit qu'il va falloir qu'elle soit dialysé, elle disait "Ces mots ce fut comme un coup de bloc".<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Lahdhoris am la masse

## 2. Les caractéristiques de l'image du corps

### 2.1 L'image du corps

En ce qui concerne l'image du corps, Nour nous a répliqué après son opération pour mise en dialyse péritonéale, la pose du cathéter lui a créé un sentiment d'étrangeté comme si son corps ne lui appartient pas, la même conception était développée par S. Freud. Elle dit ; "Aujourd'hui, je vis avec ce corps, j'essaie de l'accepter, de l'appivoiser, mais je n'y parviens pas toujours"<sup>15</sup>.

Nour s'intéressait vraiment beaucoup à son look, son physique et sa démarche ainsi que sa façon d'attirer et de séduire les autres.

### 2.2 Le côté relationnelle

Concernant la relation avec sa famille et son entourage, Nour nous a confirmé que sa maladie ne lui a jamais causé de problème et elle a toujours gardé de très bonnes relations soit avec sa famille ou ses amies. Elle dit ; "Tous mes amies, et les membres de ma famille, je les trouve toujours présents à mes côtés"<sup>16</sup>.

Concernant sa vie privée cette maladie l'a empêché de trouver un partenaire qui accepte sa maladie. Comme elle dit, "Aucun homme ne m'a jamais approché. Je crois que tout le monde a peur de ma maladie"<sup>17</sup>.

## Conclusion de l'entretien

Nour était une jeune fille qui se portait bien, jusqu'à l'âge de 20 ans, où elle avait des douleurs abdominales intenses suite auxquelles elle a découvert que ses reins ne fonctionnent plus.

Cela, était et une atteinte profonde de son image du corps suivie par un sentiment d'étrangeté et que son corps ne lui appartient pas. Mais malgré son état il reste à souligner que Nour a pu dépasser cette situation en s'intéressant beaucoup à son look, son physique et sa démarche ainsi que sa façon d'attirer et de séduire les autres.

---

<sup>15</sup> Asayi te3ichegh wahi dheljestaw, teholfogh athekablugh, mais uzmireshara

<sup>16</sup> Ak thimdukaliw, ak dhela famiyenaw ilkalnesaw ufighethan bedan zathi

<sup>17</sup> Yewen werkaz uyeterab ghuri, tehusuh ak medan tagadhen lahlakiw

**Rorschach de Nour , 24 ans**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>I            25"</p> <p>1. Afartoto ibegha adhifarefar.</p> <p>2. Sin leibad teayiten.</p> <p style="text-align: right;">"59</p>  | <p>(toute la planche)</p> <p>(partie médiane<br/>entière) Par rapport à<br/>la forme</p>   | <p>G Kan<sup>+</sup> A Ban</p> <p>D K<sup>-</sup> H Sym</p>                              |
| <p>II            6"</p> <p>3. Zaregh deux animaux.</p> <p>4. Sin yekjan.</p> <p>5. Sin inisi temsalamen</p> <p style="text-align: right;">"56</p>                              | <p>(toute la planche) Par<br/>rapport à la forme</p> <p>(toute la planche)<br/>Par rapport à la forme</p> <p>(toute la planche)</p>  | <p>G F<sup>±</sup> A Sym</p> <p>G F<sup>+</sup> A Sym</p> <p>G Kan<sup>-</sup> A Sym</p> |
| <p>III            12"</p> <p>6. Sin leibad kimen sur table.</p> <p>7. Dayi asethinit dhelwalda.</p> <p>8. dhagn dhayi deux femmes.</p> <p style="text-align: right;">"1'30</p> | <p>(toute la planche)</p> <p>(Parties noires<br/>inférieures médianes).<br/>Par rapport à la forme</p> <p>(les deux parties<br/>noires latérales) Par<br/>rapport à la forme</p> | <p>G K<sup>+</sup> H Ban</p> <p>D F<sup>-</sup> Anat</p> <p>D F<sup>+</sup>H Sym</p>     |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>IV 23"</p> <p>9. Chejra guethelemast nelghaba.</p> <p>10. thayi dhelghaba</p> <p>"48</p>                       | <p>(Partie centrale entière) Par rapport à la forme</p> <p>(limité) Par rapport à la forme</p>                        | <p>D F<sup>+</sup> Bot</p> <p>G F<sup>-</sup> Bot</p>       |
| <p>V 14"</p> <p>11. Lkhofach, antan thitharthinis, thimzoughinis.</p> <p>"40</p>                                  | <p>(toute la planche) Par rapport à la forme</p>  | <p>G F<sup>+</sup> A Ban</p>                                |
| <p>VI 9"</p> <p>12. Asethinit dhasekin itewath gethelamast nelkaa</p> <p>13. dhiyi dhaman uzeland.</p> <p>"50</p> | <p>(Ligne médiane et parties noires adjacentes) Par rapport à la forme</p> <p>(Saillies supérieure (une ou deux))</p> | <p>D F<sup>+</sup> Obj</p> <p>D kob<sup>+</sup> Élément</p> |
| <p>VII 3"</p> <p>14. Zaregh senath les jumelles chetehant gethemaghera.</p> <p>"32</p>                            | <p>(Toute la planche)</p>   | <p>G K<sup>+</sup> H Sym</p>                                |



|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>VIII 20"</p> <p>15. الحيوانات خريطة.</p> <p>16. thayi tatha</p> <p>17. wiya dhizmawen.</p> <p>18. wayi دب</p> <p>"1'20</p> | <p>(toute la planche) Par rapport à la forme</p> <p>(Gris, en haut) Par rapport à la forme</p> <p>(Partie rose latérale) Par rapport à la forme</p> <p>(Rose et orange, en bas) par rapport à la forme</p> | <p>G F<sup>+</sup> Géo</p> <p>D F<sup>-</sup> A</p> <p>D F<sup>+</sup> A Sym Ban</p> <p>D F<sup>-</sup> A</p> |
| <p>IX 50"</p> <p>19. Thayi خريطة الجزائر.</p> <p>20. wayi dhassif itecharechour.</p> <p>"1'20</p>                             | <p>(Toute la planche) Par rapport à la forme</p> <p>(Grande lacune centrale)</p>   | <p>G F<sup>+</sup> Géo</p> <p>Dbl Kob<sup>+</sup> Pays</p>  |
| <p>X 2"</p> <p>21. Thayi dhe la tour Eiffel.</p> <p>"46</p>   | <p>(Rose latérale avec le gris en haut) Par rapport à la forme</p>   | <p>D F<sup>+</sup> Obj</p>  |

- **Planche + : II, VII**

**Planche II:** Theajbeyi lakhater zaregh sin dhikhelafen netaten lwahi am lmehaba.






**Planche VII:** theajbi laghater tesbeyanedd lkhalath nek hamlagh les femme.

- **Planche -: IV, VII**

**Planche IV:** leghaba, je n'aime pas chejrayi thetmechabahiya.

**Planche VII:** ssif lealith sebyaned la force mais dhaghen isebyaned العنف nek uhmlaghara العنف.

## Le psychogramme

|                 |        |       |        |  |
|-----------------|--------|-------|--------|--|
| R 21            | G 10   | F 14  | A 8    | F% 67         |
| TT 20"          | G% 48↑ | F+ 9  | H 4    | F+% 68        |
| T/ Rep 57"      | D10    | F± 1  | Anat 1 | F% élarg 90   |
| Tps lat Moy 16" | D% 48↓ | F- 4  | Bot 2  | F+% élarg 66  |
| MA G D          | Dbl 1  | K 3   | Obj 2  | A% 38  |
| TRI 3k/0C       | Dbl 5% | Kan 2 | Elem 1 | H% 19  |
| FC 7K/0E        |        | Kob 2 | Géo 2  | Ban 4  |
| Dbl% 5          |        |       | Pays 1 | Ban% 19     |
|                 |        |       |        | Choix + II, VII  |
|                 |        |       |        | Choix – IV, VI   |

## L'analyse qualitative de test du Rorschach

### Impression général

- Productivité : nombre de réponse dans la norme R 21 par rapport à la norme [20-30].
- La pensée variée plusieurs contenus tels que : Animal, Humain, Anatomique, Botanique, Objet, Élément, Géographique, paysage.
- La présence de plusieurs réponses symétrique qui indique le double dans les planches ; la planche unitaire(I) et aux planches bilatérales ( II, III, VII).

### 1- Approche cognitif

#### 1-1 Les modes d'appréhension

D'après le protocole, on souligne que Nour appréhende la réalité extérieure d'une façon importante dans sa globalité, G48% supérieur par rapport à la norme [20-30], en contre partie le pourcentage du D 48% est très bas par rapport à la norme [60-70]. Pour cela on dira que la façon privilégiée pour Nour d'appréhender la réalité est globale. En ce qui concerne l'appréhension du détail dans le blanc Dbl %5% est basse.

Elle a traité en **G** simples dans les planches II, V, VIII, IX ; adapté et ajusté à la réalité puisqu'elles sont associées à des formes positives.

Par contre dans la planche IV paternelle, il y a un dérapage par rapport à la réalité, puisqu'elle est associée à une forme négative.

Les **G** élaborés dans les planches I, III, VII, qui signifient un travail d'élaboration mentale, et rationnel de la part de la patiente.

Les **D** sont associées à des bonnes formes positives dans planches III, IV, VI, VIII, X, et associées à une forme négative dans les planches III du premier contact, planche VIII relationnelle.

#### 1-2 Les déterminants

D'après le protocole, on remarque le pourcentage des F% 67 supérieur par rapport à la norme [60-65], qui signifie que Nour persuade la réalité dans le côté formel. Chose qui nous oblige à chercher à savoir la valeur de cette perception F+% 68

qui est bas par rapport à la norme [70 - 80], ce qui atteste le dérapage par rapport à la réalité externe.

Donc, on est obligé de passer à la norme F% élarg pour qu'elle puisse se rattraper, F% 90% est élevé par rapport à la norme [80%], qui atteste encore que la patiente persuade la réalité dans son côté formelle, il reste à cerner le degré d'ajustement avec la réalité, qui est déterminée par un dérapage et une inadaptation à la réalité extérieure qui se confirme par F+% élarg 66% au dessous de la norme [85-95].

Concernant les contenus, on trouve que la patiente a utilisé des contenus variés : A% 38 qui est dans la norme [35-66], H% 19 est dans la norme [20-23], botanique, objets, géographie, élément, anatomie, paysage.

En ce qui concerne les banalités 4, Ban% 19% presque dans la norme [20-23], qui relève d'une certaine adaptation sociale liée à un certain conformisme.

Sur le plan syntagmatique retiré les procédés selon la grille du TAT de Vica Schentoub. On trouve que la patiente s'attache aux détails de la planche :

- Dans la Planche V "Lkhofach antan thitharthinis, thimzoughinis".

## **2- Les facteurs relevant de la dynamique conflictuelle**

Les types de résonance intime TRI 3K/0C extratensif pur, alors que la formule complémentaire FC 7k/0E. donc elles sont compatibles

### **2-1 Les réponses kinesthésique**

La patiente a introduit les réponses kinesthésiques dans plusieurs planches, ils sont comme suit ;

Les kinesthésies Humaines accompagnées d'une forme positives qui signifient que la richesse fantasmagique, adapter à la réalité, dans les planches ; (III)et (VII), la première kinesthésie est statique et la deuxième est dans un mouvement libidinale, qui est aussi évoqué à la planche II.

Par contre une kinesthésie Humaine accompagnée d'une forme négative qui signifie qu'il y avait un débordement de la richesse fantasmagique, qui n'est pas adapté à la réalité, à la planche I dont le contenu latent suscite le premier contact "Sin leibad teayiten "dans cette planche Nour a évoqué un contenu agressif.

En ce qui concerne les kinesthésies Animales ; la première accompagnée d'une forme positives à la planche I à symbolisation du premier contact " Afartoto ibegha adhifarefar ". La deuxième accompagnée d'une forme négative à la planche II à symbolisation de castration " Sin inisi temsalamen".

D'autre part les kinesthésies d'objets ; deux accompagnées d'une forme positives à la planche IV phallique, elle a perçu ce contenu de la planche en suscitant une certaine agressivité " Asethinit dhese kin itewath gethelamast netkaa", "dhiyi dhaman uzeland" et planche IX embryonnaire dans le même contenu de l'eau qui coule" wayi dhassif itecharechour" .

## 2-2 Les réactions sensorielle

On souligne que le protocole est vide aucune repenses sensorielles, ne se trouve.

Dans ce protocole, on trouve la trace du dérapage à travers F<sup>-</sup> signe de l'émergence en processus primaires ; qui se trouve dans la planche III a travers le contenu anatomique après une kinesthésie humaine. Aussi à la planche IV paternelle à un contenu botanique, après avoir donné une réponse positive dans le contenu aussi botanique .Les deux autres F<sup>-</sup> sont dans la planche VIII, la planche relationnelle, dont Nour a fait deux dérapages accompagnés d'un contenu animal appréhendés dans le détail de la planche. Par contre, il reste à souligner que la présence du F<sup>-</sup> dans l'ensemble du protocole est sans signification morbide. Aussi, on remarque que après chaque échec, c'est-à-dire dans la réponse suivante Nour donne de bonne réponse F<sup>+</sup> signe qu'elle a la qualité de se rattraper après l'échec...

## 3-L'image du corps

Concernant l'image du corps à partir du test du Rorschach chez Nour, on souligne dans l'ensemble du protocole caractéristiques qui attestent que cette image est n'est pas perturbée, et qui sont comme suit ;

- Présence du contenu humain dans tout le protocole, dont son pourcentage est dans la norme, qui atteste les identifications de la patiente.
- Présence d'une seule réponse à contenu anatomique, Pl III." Dayi asethinit"

dhelwalda.

- Absence de Projection de réponse en liaison avec la maladie de la patiente.
- La présence de réponse symétrique dans les planches bilatérales qui justifient la conception du double dans la dimension relationnelle, dans les planches ;Pl. II, Pl. III, Pl. VII, Pl. VIII.
- Présence de relations dans les planches bilatérales qui signifient l'investissement du coté relationnel, Pl. II, Pl. III, Pl. VII.
- Le traitement de toutes les planches, dont le contenu des réponses était varié.

### **Conclusion du Rorschach**

Concernant l'image du corps à partir du test du Rorschach chez Nour, on souligne dans l'ensemble du protocole caractéristiques qui attestent que cette image est n'est pas très perturbée, par ce qui est déjà cité ci dessus , cette qualité été confirmée dans l'analyse de l'entretien.

### **Résumé du cas**

Nour était une jeune fille qui se portait bien, jusqu'à l'âge de 20 ans, ou elle avait des douleurs abdominales intenses suite aux quelle à découvert que ses reins ne fonctionnent plus.

Cela, était et une atteinte profonde de son image du corps suivi par un sentiment d'étrange et que son corps ne l'appartient pas. Mais malgré son état il reste à souligner que Nour a pu dépassé cette situation en s'intéressant beaucoup à son look, son physique et sa démarche ainsi que sa façon d'attirer et de séduire les autre.

Concernant l'image du corps à partir du test du Rorschach chez Nour, on souligne dans l'ensemble du protocole caractéristiques qui attestent que cette image est n'est pas très perturbée, cette qualité été confirmée dans l'analyse de l'entretien. Comme suit :

- Présence du contenu humain dans tout le protocole, dont son pourcentage est dans la norme, qui atteste les identifications de la patiente.
- Présence d'une seule réponse à contenu anatomique, Pl III." Dayi asethinit" dhelwalda.
- Absence de Projection de réponse en liaison avec la maladie de la patiente.

- La présence de réponse symétrique dans les planches bilatérales qui justifient la conception du double dans la dimension relationnelle, dans les planches ; Pl. II, Pl. III, Pl. VII, Pl. VIII.
- Présence de relations dans les planches bilatérales qui signifient l'investissement du côté relationnel, Pl. II, Pl. III, Pl. VII.
- Le traitement de toutes les planches, dont le contenu des réponses était varié.



***CHAPITRE VII***  
***DISCUSSION DES***  
***HYPOTHESES***

## Discussion des hypothèses

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

### ➤ la première Hypothèse

**L'image du corps est affectée par le traitement d'hémodialyse péritonéale chez la plupart des cas, ils vivent le sentiment d'étrangeté par l'introduction du cathéter dans l'abdomen, avec un sentiment d'incomplétude du corps, jusqu'à parfois le sentiment de morcellement.**

Effectivement nos quatre cas ont confirmé notre hypothèse, dont la plus part des cas se caractérisent par une image du corps perturbée à l'exception d'un cas qui a une image du corps non altérée. on les résumant comme suit ;

**Anas ;** Après avoir analysé l'entretien de Anas, Anas, un jeune homme qui a souffert d'une IRC à l'âge de 35 ans, il a été hospitalisé en urgence avec des soins intensifs. La découverte de disfonctionnement des ses reins était un choc suivi d'une atteinte de son image du corps, caractérisé par un sentiment d'étrangeté de son corps, mais malgré ce sentiment qui s'est estompé avec le temps, Anas aimait vraiment prendre soin de lui et de sa bonne image, pour sa propre satisfaction, pas dans la dimension relationnelle, mais pour une satisfaction narcissique.

**Amina;** Après avoir analysé l'entretien de Amina, Amina était une femme qui se portait bien, jusqu'à l'âge de 32 ans où elle avait des gonflements et des douleurs abdominales intenses, suite à la qu'elle a découvert que ses reins ne fonctionnent plus.

Cela était le un choc et une atteinte profonde de son image du corps, suivi par des sentiments d'étrangeté et des angoisses dans sa relation sexuelle.

**Malek ;** Après avoir analysé l'entretien de Malek, Malek était un jeune qui se portait bien, jusqu'à l'âge de 28 ans, ou il avait une infection suite à laquelle il a découvert que ses reins ne fonctionnent plus. Cela, était un choc et une atteinte profonde de son image du corps, ce sentiment s'accroît à chaque séance de traitement, en voyant son corps modifié, déformé.

**Nour;** Nour était une jeune fille qui se portait bien, jusqu'à l'âge de 20 ans, ou elle avait des douleurs abdominales intenses suite aux quelle à découvert que ses reins ne fonctionnent plus.

Cela, était et une atteinte profonde de son image du corps suivi par un sentiment d'étrange et que son corps ne l'appartient pas. Mais malgré son état il reste à souligner que Nour a pu dépassé cette situation en s'intéressant beaucoup à son look, son physique et sa démarche ainsi que sa façon d'attirer et de séduire les autre.

➤ **la deuxième Hypothèse**

**A partir du test du Rorschach, les caractéristiques de l'image du corps chez les dialysés péritonéales sont ; la projection d'une image déformée par la maladie, règne des contenus anatomiques avec la description morcelée du corps, attachement aux de taille du corps narcissique, la répétition des mêmes réponses malgré le changement de la planche dont il s'agit d'une persévération.**

Effectivement nos quatre cas ont confirmé notre hypothèse, à savoir la concordance entre les résultats obtenus dans le test du Rorschach et l'image du corps. Comme suit :

**Anas ;** Après avoir analysé le Rorschach de Anas, Concernant l'image du corps, on souligne dans l'ensemble du protocole les caractéristiques qui attestent que cette image est perturbée, cette qualité été confirmée dans l'analyse de l'entretien, comme suit :

- Absence du contenu humain dans tout le protocole. Par contre la présence du contenu animale, dans une perception inerte-mort- ;Pl X." Wagui dhelhayawan yemouth".
- Présence du contenu anatomique 18%, Parfois avec la perception d'un corps morcelé ou inerte -mort-, Pl IX. "Tewaligh aferoukh dhamekran bla akarouye, je vois juste le corps, voilà le dos, les cuisses, akedh deux pattes, alors c'est tout". Pl X.Wagui dhelhayawan yemouth.
- Attachement à la description de détails narcissiques du corps ;Pl VIII. "Dhilkotayi zaregh un animal et l'autre coté, voilà ses pieds, c'est ca photo copie".

Pl II. "Ici je vois deux animaux athan idharenis, le corps ak akerouyis, c'est tout que je peu dire". Pl I. "Dhaferoukh la3cha الخفاش atha sin wafriwen avec une tête"

-Projection de réponse en liaison avec la maladie du patient à savoir la maladie rénale ;PL III "Je peux dire deux reins".

- La présence de quatre réponses symétriques dans tout le protocole qui attestent des préoccupations narcissiques - le double - chez le patient, touchant à l'image du corps.

**Amina;** Après avoir analysé le Rorschach de Amina, Concernant l'image du corps à partir du test du Rorschach chez Amina, on souligne dans l'ensemble du protocole des caractéristiques qui attestent que cette image est perturbée, cette qualité été confirmée dans l'analyse de l'entretien. Comme suit :

- Absence du contenu humain dans tout le protocole.
- La persévération du même contenu malgré le changement du stimulus, qui se trouve dans la planche IV paternelle et VII Maternelle par la répétition du contenu Herbe.
- Le refus de trois planches ; la planche IV phallique, et les deux dernières la planche IX embryonnaire, et la planche X d'angoisse de morcèlement.
- Absence d'évocation de relation dans les planches bilatérales qui signifie des procurations narcissiques chez la patiente, planche III, VII ,VIII en plus du refus de la planche X.

**Malek ;** Après avoir analysé le Rorschach de Malek, Concernant l'image du corps à partir du test du Rorschach chez Malek, on souligne dans l'ensemble du protocole les caractéristiques qui attestent que cette image est perturbée, cette qualité été confirmée dans l'analyse de l'entretien. Comme suit :

- La présence basse du contenu humain dans tout le protocole
- La forte présence du contenu anatomique Anat 46 %, Parfois avec la perception d'un corps morcelé à la Pl II . "Wagui Le corps humains guemagrata ama dhoksar".
- Attachement aux de taille du corps narcissique PIV. "Wakila papillon atha okaruyis ak dhidharenis".Pl I. " Nagh c'est un papillon, je pense que c'est un papillon athenaya iferiwnis ak dhokroyis".

- Projection de réponse en liaison avec la maladie du patient ; rénale, appareil urinaire. Pl VII." le bassin, الشكل الخلفي للإنسان, Pl VIII." wagui الجهاز البولي "
- La persévération du même contenu malgré le changement du stimulus, dans la planche II et la planche X le même contenu anatomique du corps humain.
- Refus de la planche III, dont on été obligée de passer à l'enquête au limite.

**Nour;** Après avoir analysé le Rorschach de Nour, Concernant l'image du corps à partir du test du Rorschach chez Nour, on souligne dans l'ensemble du protocole caractéristiques qui attestent que cette image est n'est pas très perturbée, cette qualité été confirmée dans l'analyse de l'entretien. Comme suit :

- Présence du contenu humain dans tout le protocole, dont son pourcentage est dans la norme, qui atteste les identifications de la patiente.
- Présence d'une seule réponse à contenu anatomique, Pl III." Dayi asethinit" dhelwalda.
- Absence de Projection de réponse en liaison avec la maladie de la patiente.
- La présence de réponse symétrique dans les planches bilatérales qui justifient la conception du double dans la dimension relationnelle, dans les planches ;Pl. II, Pl. III, Pl. VII, Pl. VIII.
- Présence de relations dans les planches bilatérales qui signifient l'investissement du coté relationnel, Pl. II, Pl. III, Pl. VII.
- Le traitement de toutes les planches, dont le contenu des réponses était varié.

Nos hypothèses concernant l'image du corps chez les hémodialysés péritonéales, sont réfutables et non absolus, car les résultats de notre population d'étude, ne représente pas la population mère, de tous les hémodialysés péritonéales.

# *Annexe*

### Conclusion générale

A travers notre recherche on a démontré que le traitement par la dialyse péritonéale influence largement sur le coté psychologique des patients atteints de l'IRC plus particulièrement sur leurs images du corps qui est une composante importante de la personnalité de l'être humain.

Le corps est le véhicule de l'être au monde, et avoir un corps c'est pour un vivant se joindre à un milieu défini, se joindre à certains objets et s'y engager continuellement.

L'image du corps concerne des représentations interne du corps, ces représentations seraient réelles, stable et joueraient un rôle dans la constitution de l'identité personnelle, dans le fait de se reconnaître comme une entité unique appelé le Moi, quant la personne est en bonne santé, mais si la personne est malade par une maladie chronique qui modifie l'image du corps par un traitement permanent, cette image va être perturbée.

La réalisation de notre travail s'est basée sur la revue de littérature et un ensemble d'observation recueillies par le terrain d'étude lors de la pré-enquête, ce qui nous a orienté afin de poser clairement nos questions et de formuler nos hypothèses.

Durant l'enquête réalisée au niveau de l'hôpital « Nedir Mohamed » de la wilaya de Tizi Ouzou, on a obtenu en adoptant la méthode clinique; à partir de l'application des entretiens semi-directifs et la passation de test de Rorschach, et cela afin d'arriver aux objectifs retracés pour notre recherche par des hypothèses, qu'on a essayé de vérifier sur le terrain; la perturbation de l'image du corps chez les dialysés péritonéales qui se manifeste généralement durant les entretiens par le sentiment d'étrangeté et d'incomplétude du corps, par contre l'intensité et le degré de ces caractéristiques diffèrent d'un patient à un autre.

Notamment, cette recherche nous a permis d'aboutir à certaines réalités telles que la qualité de l'image du corps qui diffère d'un patient à un autre, selon la personnalité et les mécanismes de défenses, les stratégies d'adaptations. On a remarqué aussi que la

dialyse péritonéale engendre en grande partie des conséquences psychologiques. La souffrance psychique révèle ainsi de manière centrale d'existence de processus inconscient qui lie la pensée au corps.

Nos hypothèses sur la dialyse péritonéale et ses répercussions sur l'image du corps sont réfutables. Cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique restent relatifs, non statique et non absolus, et cela est du à notre population d'étude qui ne représente pas la population mère.

Nous espérons à travers cette recherche, d'avoir contribué à faire sortir les dialysés péritonéale de leurs silences, comprendre leurs souffrances et leurs accorder une écoute. Aussi particulièrement d'ouvrir de nouvelles perspectives éventuelles.

Enfin, il faut noter que cette recherche reste une bonne et unique expérience en termes d'apprentissage, à travers laquelle nous avons découvert et appris beaucoup de choses sur le plan personnel, humain et en particulier sur le plan pédagogique, comme elle est d'un apport positif sur le plan méthodologique. Ainsi elle nous a permis de toucher à l'un des grands problèmes de la santé à savoir, la dialyse péritonéale, et comprendre leur vécu psychique notamment leurs images du corps. En outre, cette recherche a été une occasion de nous familiariser avec le terrain et l'univers de la recherche scientifique.

Notre expérience, nous a offert l'opportunité de nous approcher des dialysés péritonéale et de comprendre leur vécu. Nous avons pensé à quelques questions de perspectives qui peuvent être recherchées dans des études ultérieures par nos camarades étudiants, qui sont comme suit :

- Quelle est la qualité du fonctionnement mentale des dialysés péritonéales ?
- Est que l'apport de l'environnement influence t-il sur l'estime de soi des dialysé péritonéale ?

À travers ces questions nous souhaitons avoir ouvert le champ pour d'autres études ultérieures.



## **Bibliographique**

1. Alexandre, B. (2005). Psychologie clinique et psychopathologie. Bruxelles : Bréal.
2. Beizmann, C. (1961). Livret de cotation des formes dans la Rorschach. Paris, France : Dunod.
3. Bénony, H. (2003). Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique. Paris, France : Dunod.
4. Bernaude, J-L. (1998). Les méthodes d'évaluation de personnalité. Paris, France : Dunod.
5. Beyler, S. (2006). L'image corporelle, un concept de soin. Genève : HUG.
6. Chabert, C. (2004). Psychanalyse et méthode projective. Paris, France : Dunod.
7. Chilland, C. (1983). L'entretien clinique. Paris, France : PUF.
8. Couderc, P. (s.d). L'image du corps en psychanalyse. Repéré le 16 12, 2016 à <http://www.boulimie.com/s'informer/dossiers-du-mois/l'image-ducorps-enpsychanalyse>.
9. Cupa, D. (2002). Psychologie en néphrologie. Paris, France : EDK.
10. Demoures, L., Dumont-Dayot, J., et Horowitz, N. (2012). L'approche de l'intimité et de la sexualité dans l'accompagnement des partenaires de personnes dont l'image corporelle est modifiée (Filière soins infirmier, Genève). Haut école de santé.
11. Dolto, F. (1984). L'image inconsciente du corps. Paris, France : Le seuil.
12. Haddoum, F, (2014). Histoire de la dialyse péritonéale. Algerie : Santé-MAG.
13. Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. Neuropsychologie 2(3). 185-194.

14. L'image du corps. (s.d). Repéré le 30 11, 2016 à [http://www.psychomove.com/images/ART\\_IMAGECORPS.PDF](http://www.psychomove.com/images/ART_IMAGECORPS.PDF).
15. Laplanche, J., Pontalis, J-B. (1973). Vocabulaire de la psychanalyse. Paris, France : Presses Universitaires De France.
16. Le rein. (s.d). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <http://www.Larousse.Fr/dictionnaire/francais>.
17. Lefebvre, G. (2005). Aspects psychologique et sociaux des patients insuffisants rénaux, dialysés et transplantés. Rouen, France : Echange de l'AFIDTN.
18. Lefebvre, G. (2005). Aspects psychologiques et sociaux des patients insuffisants rénaux, dialysés et transplante. ROUEN.
19. Les traitements médicaux de l'insuffisance rénale. (1998). Repéré le 03 04, 2017 à <http://www.passeport santé.net>.
20. Marty, P. (1990). La psychosomatique de l'adulte. Paris, France : PUF.
21. Méthot, L. (2006). Comment les jeunes intègrent-ils la maladie physique à leur image corporelle? Canada : Québec.
22. Moyano, O. (s.d). Un test d'image du corps : l'entretien sur les représentations corporelles. Bordeaux : Université de Bordeaux 2.
23. Nicolas, P. (2015). L'accompagnement du patient insuffisant rénal pour un choix thérapeutique éclairé (Diplôme universitaire en éducation thérapeutique du patient). Faculté médecine de strasbourg.
24. Paquis, C. (2008). L'image inconsciente du corps Françoise Dolto. <http://www.psychanalyse.com/pdf/1-image-image-inconsciente-du-corps.pdf>.

25. Pedinielli, J.L. (1994). Introduction à la psychologie clinique. Paris, France : Nathan.
26. Psychologie patient. (s.d). Repéré le 12 04, 2017 à <http://www.rein-echos.org/25.html>.
27. Quentin, I. (2012). Méthodologie et méthodes de l'étude de cas. Repéré le 07 04, 2017 à [http:// isabellequentin.wordpress.com/.../methodologie-et-methodes-de-letude-de-cas/](http://isabellequentin.wordpress.com/.../methodologie-et-methodes-de-letude-de-cas/).
28. Radermacher, L. (2004). Guide pratique d'hémodialyse. Liège : CHUNDB.
29. Rauch de traubenberg, N. et Boizon, M.F. (1996). Les techniques projectives 2. France : Armand Colin.
30. Richelle, J. (2009). Manuel du test de Rorschach. Bruxelles : Boek université.
31. Roman, P. (2006). Les épreuves projectives dans l'examen. Paris, France : Dunod.
32. Schilder, P. (1968). L'image du corps. Paris, France: Gallimard.
33. Schweitzer, B. (1990). Une psychologie du corps. Paris, France : Presses universitaires de France.
34. Si Moussi, A., Benkhelifa, M. et coll. (2004). Production et Banalités du Rorschach en Algerie. Psychologie clinique et projective, 1(10), 339-357.
35. Simon, P. (2007). L'insuffisance rénale (prévention et traitements). Paris, France : Masson.
36. Thionville, M. (2006). La dialyse péritonéale. Repéré le 12 04, 2017 à <http://www.powershow.com/.../LaDialyse-péritonéale-powerpoint-ppt> présentation.

37. Vanpouille, Y., Guidi, D. (1987). Note de lecture sciences de l'éducation. [http :  
Spiral connect.Univ-lyon1.Fr/spiral-Files/download ?mode=inline&data.](http://Spiral.connect.Univ-lyon1.Fr/spiral-Files/download?mode=inline&data)

## **Entretien clinique**

### **Caractéristique personnels**

- Isemik dhisem nethewachult
- Laamer
- Anda thelahkat guelakraya
- Lekhedma
- Thameichet nethewachult

### **AXE I : Information en relation avec l'état de santé actuelle**

- Ayewak ithebedhim la dialyse péritonéale ?
- Iwachu thekhadhemat la dialyse péritonéale ?
- Dachu ikidjan atawdhat alhala am thagui?
- Malan baedhat nethewachultik halken am ketchi?
- Iwachu la dialyse-ayi?
- Amek itheada l'opération nla dialyse péritonéale? Ma itedérangik le cathéter ?
- Amek itheada la séance thamezwaruth nla dialyse ?
- Amek itheteichet wahi la dialyse péritonéale ?
- Mathetesewivite régime nelmakla ?
- Mathetahwajet hed akeiwen guelecheghalik ?
- Dachu dhelahlak ikedibanen wahi dhelahlakayi netura ?

### **AXE II : Information sur l'état de santé antérieur**

- Mthehalkat kera nelahlak asemit thelit damechetuh?
- Mathehalkat kera nelahlak ukebal ateseodh l'IRC?
- Mathekachemat déjà asebitar?
- Mathekhadhemat déjà l'opération?

### **AXE III: Information concernant la relation d'objet**

- Amek igueréagie le conjoint alahlakik ?
- Amek lehlakik influencé à la relation sexuelle ?

- Amek ithemugue la relation-yenak wahi lewachulik ? Amek itemeamalen wahi dhelahelakik?
- Amek itheteichet wahi dhelahelakik wahi tefamiltik?
- Amek ithetemeamat wahi widhak ithekhademat?
- Amek les relations sociaux?
- Ma theseit kra nelcheghal nidhen?
- Dachuten les projet yenak?
- Ma la dialyse thebadal les projet yenak?
- Pour ce moment aked ithezaret l'avenir yenak ?

#### **AXE IV : L'image du corps**

- Ma lahelakik thebadel thamughlik fele corps yenak?
- La façon amek thetelosot, themachetat chaerik, theteduth mabedelan par rapport à zik et après mithehalekat ?
- Amek theteichet wahi le cathéter ?
- Amek theteichet wahi dhe les poches ?
- Ma thezerit les photoyenak okbal atehalkat ?
- Ma theseit guelbalik le corps ithetemanit ?
- Ma tehusut mazal le conjoint yenak ibeghak ?
- La vie sexuelle, mathekherab wahi le changement nel corps yenak ?