

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA

Faculté des Sciences Humaines et sociales

Département : sciences sociales

Option : psychologie clinique

**Mémoire de fin de cycle en vue d'obtention du diplôme de
Master en Psychologie clinique**

Thème

**Le fonctionnement mental des hémodialysés
Etude de quatre cas**

Présenté par

- **Lazari Nadir**
- **Ait meddour Sofiane**

Encadré par

Madame Sahraoui. I
(maitre de conférences A)

Année universitaire 2014-2015

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA

Faculté des Sciences Humaines et sociales

Département : sciences sociales

Option : psychologie clinique

**Mémoire de fin de cycle en vue d'obtention du diplôme de
Master en Psychologie clinique**

Thème

**Le fonctionnement mental des hémodialysés
Etude de quatre cas**

Présenté par

- **Lazari Nadir**
- **Ait meddour Sofiane**

Encadré par

Madame Sahraoui. I
(maitre de conférences A)

Année universitaire 2014-2015

REMERCIEMENTS

On tient tout d'abord à remercier Dieu le tout puissant et miséricordieux, qui nous a donné la force et la patience d'accomplir ce Modeste travail.

En second lieu, on tient à remercier avec profonde gratitude notre honorable encadreur Madame Sahraoui. I pour ses précieux conseils et son aide durant toute la période du travail et surtout sa patience. nos vifs remerciements vont également aux membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre travail de recherche en acceptant de l'examiner et de l'enrichir par leurs propositions.

A nos familles

On adresse nos plus sincères remerciements à tous nos proches et amis (es), qui nous ont toujours soutenus et encouragés au cours de la réalisation de nos études et de ce mémoire.

Aux deux établissements de santé (EPH) de kherrata, et l'hôpital Frantz Fanon de Bejaia et leur personnel qui nous a aidé avec toute possibilité durant notre stage aux services de l'hémodialyse

Aux personnes malades qui nous ont accordé leurs consentements à notre recherche

Dédicaces

Je tiens à dédier ce modeste travail à ceux qui me sont très chers:

- ✓ *D'abord a mes parents qui m'on donné la vie et l'amour et qui m'on soutenus tout au long de mon cursus estudiantin, je les remercie infiniment.*
- ✓ *A mes cinq frères : Brahim,Mouloud,Saddek, Laid, Abd/Madjid ;A ma soeur: Zitouma et ma grand mère maternelle*
- ✓ *A mes petits neveux :Said, Issam, Ryad, Louay, Karam et Mounir,Faycel,....*
- ✓ *A mes nieces: Wafa,Lynda, Wissam, Kahina, Nesrine et Samrra*
- ✓ *A toute ma famille paternelle et maternelle sans exception.*
- ✓ *Sans oublier mes amis auxquels j'exprime une grande reconnaissance, mes amis garçons :Halim, Amine, Zahir, Rabia, Idris,...*
- ✓ *A mes amies filles :Nadjette, Mounira, et DAnia*
- ✓ *A mes collègues*
- ✓ *A tous ceux qui m'aiment et me connaissent de près ou de loin.*

Nadir

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail en premier lieu à mes chers défunts parents, et chère défunte sœur.

A mes chères sœurs et frères à leur exception Samia et Sonia

A toute ma famille

A ma chère association RAJ ainsi que tous ses Membres et adhérents

A mes intimes amis en l'occurrence Fouad, Nassim, kimouh et tous les autres

A toute personne que je connais, et qui ma porté aide et contribution a ma réussite durant mon parcours à l'université

A monsieur Belkacemi. S

A tout mes collègues d'encadrement. A tous ceux qui me connaissent dont je n'ai pas cité le nom.

SOFIANE

SOMMAIRE

Introduction générale

Partie théorique

Chapitre I : L'aspect médical de l'hémodialyse

Introduction

1. L'appareil urinaire et anatomie des reins.....	1
2. Les types d'insuffisances rénales.....	4
3. Les causes de l'insuffisance rénale.....	5
4. Classification de l'IRC.....	6
5. Les différents types d'IRC.....	7
6. Diagnostic.....	7
7. Épidémiologie de l'IRC.....	7
8. Le traitement de l'insuffisance rénale chronique.....	8
9. Insuffisance rénale en Algérie.....	9

Conclusion.....12

Chapitre II : aspect psychologique des hémodialysés

Introduction.....13

1. Le soutien psychologique au début de l'hémodialyse.....	13
2. L'état psychologique des personnes sous hémodialyse.....	13
3. Les mécanismes de défense.....	15
4. La problématique du corps.....	17
5. Le coté relationnel.....	18
6. La vie sexuelle.....	18
7. L'adaptation.....	19

Conclusion.....19

Chapitre III : Les concepts essentiels de la théorie psychosomatique

Introduction.....20

1. Histoire de la psychosomatique.....	20
2. Monisme.....	21
3. Chaîne évolutives.....	21
4. L'évolutionnisme.....	22
5. Le traumatisme.....	23
6. Le fonctionnement mental.....	23
7. Les rêves.....	25
8. Dépression essentielle.....	26
9. La vie opératoire.....	27
10. L'économie psychosomatique.....	27
11. La classification de la psychosomatique.....	29
12. L'apport de l'environnement.....	30

Conclusion.....31

Chapitre IV : Problématique et hypothèses.....	32
---	-----------

Partie Méthodologique

Chapitre V : Démarche de la recherche et population d'étude

Introduction.....	39
I-Démarche de la recherche et population d'étude.....	39
1.1 - La pré-enquête.....	39
1.2 - L'enquête.....	39
1.3 - Méthode clinique.....	40
1.4 - Le lieu de la recherche.....	41
2- Population d'étude.....	42
II. Les techniques utilisées.....	44
1-L'entretien clinique.....	44
2- Le test de TAT (thématique apperception test).....	49
III. L'analyse des techniques utilisées.....	55
1- L'analyse de l'entretien clinique.....	55
2- L'analyse du test TAT.....	56
Conclusion.....	61

Partie Pratique

Chapitre VI : Présentation et analyse des résultats.....	62
---	-----------

Chapitre VII : Discussion des hypothèses.....	122
--	------------

Conclusion générale.....	128
--------------------------	-----

Bibliographie

Annexes

Introduction générale

L'être humain, multidimensionnel, il vit toujours en interactions permanente avec ses paires. Il est tout le temps exposé à des événements de la vie quotidienne qui sont d'ordre du commun et/ou hors du commun. Ces événements hors du communs tels que les traumatismes engendrent des perturbations tant sur le plan psychique et physique. Ces perturbations peuvent être passagères ou réactionnelle comme peuvent être irréversibles tels que les maladies chroniques.

La maladie chronique est un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies. Parmi ces maladies choriques, on trouve l'insuffisance rénale chronique (IRC).

L'insuffisance rénale correspond à l'altération du fonctionnement des deux reins qui ne filtrent plus correctement le sang. La maladie est dite aiguë si le dysfonctionnement est transitoire et réversible et chronique si la destruction est irréversible, sans possibilité de guérison. Dans ce cas, la maladie peut être stabilisée. Si l'insuffisance rénale est majeure, la fonction rénale peut être supplantée par dialyse ou transplantation. Elle s'agit d'une maladie silencieuse dont le diagnostic n'est prononcé qu'en stade terminale où les symptômes seront accentués.

Actuellement, on constate, une augmentation du nombre des personnes atteint de cette maladie, et qui reste toujours insidieuse et méconnue par le grand public.

Dans notre pays l'Algérie, on compte environ 1,5 million de personnes présentent une insuffisance rénale chronique (IRC), on peut ajouter 6 million d'algériens souffrent d'une maladie rénale chronique. Actuellement, près de 13000 personnes sont touchées par l'insuffisance rénale chronique (IRC) terminale. Enfin, environ 4 000 nouveaux cas d'insuffisances rénales chroniques (IRC) sont enregistrés chaque année.

Les événements hors du commun peuvent être des traumatismes physiques où l'individu est confronté avec le réel de la mort, ou psychique tels que le décès d'un proche, une maladie chronique ou grave... . Le point commun entre ces traumatismes réside dans la quantité d'excitation intense, qui peut déborder le pare excitation et engendre des régressions ou des désorganisations. Cette intrusion influe le fonctionnement mental qui, est par définition la qualité du travail de l'appareil psychique.

Selon la théorie psychosomatique de P. Marty, le fonctionnement mental influe sur la tenue du corps. Et cette influence se diffère selon le type de la mentalisation, qui varie d'une bonne mentalisation à la mauvaise. Cette dernière se différencie d'un individu à un autre et chez le même individu selon les moments de sa vie.

Pour cerner le fonctionnement mental des hémodialysés, il nous faut comprendre comment il a été construit et retracer l'histoire des structures qui le définissent. Ce qui pourra nous permettre de dire que chaque hémodialysé est doté d'un fonctionnement mental spécifique qui le distingue des autres individus par la qualité, la quantité, le dynamisme et les représentations mentales, qu'elles soient normales ou pathologiques.

En outre, face à un traumatisme, et malgré les perturbations somatiques, si l'environnement est favorable, le sujet se rattrape et regagne une réorganisation de son système fonctionnel. Mais dans le cas où celui-ci est défavorable, on note une désorganisation progressive qui peut même aboutir à la mort, d'où la mauvaise mentalisation.

Dans notre étude portée sur le thème « le fonctionnement mental chez les hémodialysés ». Exige l'utilisation de la théorie psychosomatique, qui avait servi comme arrière plan théorique, afin d'expliquer l'impact du fonctionnement sur la tenue du corps des patients hémodialysés. Notre recherche est portée sur quatre cas, pris dans les services d'hémodialyses de l'hôpital de Kherrata et de Frantz Fanon de Bejaia.

Cette recherche est importante puisqu'elle est originelle, du fait qu'elle reste peu explorée chez nous en Algérie. Notre objectif par cette étude est de cerner, comprendre le fonctionnement mental des individus, en particulier les hémodialysés et la relation étroite qui existe entre ce fonctionnement mental et la tenue du corps. Ainsi d'enrichir les connaissances actuelles sur le vécu de la maladie, l'apport de l'environnement chez cette catégorie.

Pour enrichir et éclairer les idées que nous avons abordées précédemment, nous avons élaboré un plan de travail qui comporte les parties suivantes :

Première partie : Théorique subdivisée en quatre chapitres qui sont comme suit;

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

Chapitre II : Aspect psychologique des hémodialysés.

Chapitre III : Les concepts essentiels de la théorie psychosomatique.

Chapitre IV : Problématique et hypothèses.

La deuxième partie : Méthodologie de la recherche qui contient le chapitre suivant:

Chapitre V : La démarche de la recherche et la population d'étude ; Les techniques utilisées et leurs analyses.

La troisième partie ; Pratique subdivisée en deux chapitres qui sont comme suit :

Chapitre VI : L'analyse des résultats.

Chapitre VII : La discussion des hypothèses.

Enfin, une conclusion générale, dans laquelle on posera d'autres questions de perspective concernant cette catégorie, dans le but d'ouvrir le champ à d'autres recherches.

Première partie

Partie théorique

Chapitre I

Le coté médicale

Introduction

Les reins se sont deux petits organes ayant pour objet deux fonctions : le rôle d'émonctoire des déchets de l'organisme (fonction excrétrice), ainsi que leur fonction endocrine. L'incapacité d'accomplir ces rôles est un signe de l'une des affections rénales. L'insuffisance rénale chronique (IRC) est l'une de ces affections fréquentes, qui est si silencieuse puisque la personne malade, ne souffre pas jusqu'au stade final, dont les symptômes sont accentués et le diagnostic est prononcé. L'IRC touche environ 100 personnes par million d'habitants par année.

1. L'appareil urinaire et anatomie des reins

L'appareil urinaire a pour fonction d'assurer l'épuration du sang : il extrait les déchets du sang circulant qui résultent du métabolisme et assure le rejet à l'extérieur sous forme d'urine.

L'appareil urinaire comprend :

- deux organes glandulaires : les reins ;
- deux conduits excréteurs : les uretères ;
- un réservoir : la vessie ;
- un conduit reliant la vessie à l'extérieur : l'urètre. (A. Ramé, S. Thérond, 2007, p 244).

Les reins sont au nombre de deux, un droit et un gauche. Leur forme est celle d'un haricot. Ils pèsent environ 140 g, mesurent 12 cm de long, 6 cm de large et 3 cm d'épaisseur. Leur coloration est rouge, leur consistance ferme, avec une surface lisse et régulière.

Ils sont situés symétriquement de part et d'autre de la colonne vertébrale (premières lombaires), dans la cavité abdominale, derrière le péritoine (organes extra péritonéaux). Les reins occupent chacun une loge appelée la loge rénale. (A. Ramé, S. Thérond, 2007, p 244).

Ces petites structures reçoivent 20% du sang propulsé dans la circulation générale à chaque battement de cardiaque. Le sang pénètre dans chaque rein par une artère rénale et en sort par une veine rénale qui rejoint la circulation générale par la veine cave inférieure.

L'urine formée dans les reins en sort par un conduit appelé uretère (1,5 L/jour) qui débouche dans la vessie. Elle est ensuite éliminée hors du corps par l'urètre. Chaque rein comporte deux régions : un cortex externe et une médulla interne. Des centaines de milliers d'unités fonctionnelles appelées néphrons sont disposés de manière radiale dans le cortex et la médulla (néphrons juxta médullaires, 20%) ou uniquement dans le cortex (néphrons corticaux, 80%). (M-. Descamps, 2008, p 87).

2. Les types d'insuffisances rénales

2.1. Insuffisance rénale aiguë

L'insuffisance rénale aiguë est caractérisée par une chute brutale de la filtration glomérulaire (FG). Elle se manifeste par des troubles hydro électrolytiques et de l'équilibre acido-basique. La première manifestation clinique est une chute de la diurèse. D'autres manifestations cliniques sont la conséquence d'accumulation de toxines du métabolisme azoté ou d'une défaillance de la fonction endocrine du rein.

L'IRA est la défaillance rapide (quelques heures à quelques jours) des fonctions rénales. Elle traduit la perte de l'homéostasie hydro électrolytique et acido-basique et/ou l'accumulation de déchets organiques. (M. A. Boubchir, L. Allouche, A. H. Haned, 2007, p 177)

2.2. Insuffisance rénale chronique

Définition : L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par une diminution de la filtration glomérulaire (FG) en rapport avec une réduction permanente et définitive du nombre de néphrons fonctionnels (ce qui la différencie de l'insuffisance rénale aiguë).

Autre définition, c'est une réduction néphrotique plus ou moins lentement progressive à laquelle fait suite une adaptation jusqu'à une certaine limite par les néphrons restants afin de sauvegarder l'homéostasie. C'est une altération progressive des fonctions excrétrices et endocrines du parenchyme rénal, conséquence de lésions anatomiques irréversibles.

En raison de la très grande dispersion des valeurs physiologiques de la FG, l'IRC est définie arbitrairement par le choix d'une valeur limite inférieure à la "normale". compte-tenu de la dispersion des valeurs de FG, 16% des sujets

normaux ont une FG <110 ml/mn/1,73 m² et 2,5% ont une FG <90 ml/mn/1,73 m².

En pratique, l'IRC regroupe l'ensemble des manifestations cliniques, biologiques et radiologiques secondaires à la destruction des du capital néphronique.

Les reins ont pour mission quotidienne de pomper quelques 189 litres de sang à travers 225 km de canaux et des millions de filtres "néphrons".

Tout individu peut rester en bonne santé avec un seul rein fonctionnant de 10 à 20 % de sa capacité normale. Mais l'insuffisance rénale, quand elle arrive au stade terminal, va affecter l'organisme de plusieurs manières. Certains symptômes sont le reflet de la maladie qui a causé l'insuffisance rénale (néphropathie initiale), d'autre sont dus au dysfonctionnement des reins eux-mêmes. (M. A Boubchir, 2004, P. 22).

3. Les causes de l'insuffisance rénale

Cet état survient lorsque le nombre d'unités fonctionnelles (néphrons) saines diminue au point que le rein ne peut plus maintenir l'homéostasie de l'organisme. La cause la plus importante de l'insuffisance rénale est le diabète sucré (le tiers des cas) ; l'hypertension suit de près comme deuxième cause. Les autres causes possibles sont les suivantes :

- Des infections rénales répétées ;
- Des traumatismes aux reins (écrasement ou autres) ;
- Une intoxication chimique des cellules tubulaires par des métaux lourds (mercure ou plomb) ou par des solvants organiques (produits de nettoyage à sec, diluants à peinture, etc.) ;
- Une insuffisance de l'irrigation des cellules tubulaires (causée notamment par l'artériosclérose) ;
- Une pression prolongée sur les muscles squelettiques (ce qui entraîne la libération de myoglobine, un pigment musculaire qui peut obstruer les tubules rénaux) ;
- Certains troubles immunitaires, tels que ceux qui sont engendrés par la glomérulonéphrite. (E. N. Marieb, 2008, p 553).

Une recherche a été faite aux États-Unis en 1991 sur les causes de l'IRC. Les résultats de cette recherche sont regroupés dans le tableau ci-dessous:

Affection	%
Diabète	30.6
HTA	26.5
Glomérulonéphrites	13.6
Polykystose	3.4
Uropathies	5.4
Autres et inconnues	20.5

(M.A. Boubchir, 2004, P. 25)

4. Classification de l'IRC

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

(M. A Boubchir, 2004, P. 24).

5. Les différents types d'IRC

- IRC avec anomalies morphologiques macroscopiques rénales :
- 11.2- IRC avec anomalies de transport :
- IRC avec anomalies métaboliques ou inflammatoires générales :
- IRC et affections congénitales. (M. A. Boubchir, 2004, P. 24).

6. Diagnostic

Les circonstances dans lesquelles on est amené à faire le diagnostic d'IRC sont de deux ordres :

- Soit que la néphropathie est connue et, au cours de la surveillance régulière du malade, on constate l'augmentation progressive de la créatininémie, en même temps que la baisse de la clairance de la créatinine.
- Soit que la néphropathie n'est pas connue et le malade en IRC consulte pour une des manifestations extrarénales secondaires à celle-ci : anémie, troubles digestifs, HTA....

L'IRC est parfois évoquée devant l'existence d'une polyurie nocturne (nycturie) ou d'une HTA ; Elle est le plus souvent découverte grâce aux examens biologiques (augmentation de l'urée et de la créatinine).

L'interrogatoire recherche la notion d'altération préexistante de la fonction rénale, d'HTA, de protéinurie, d'infection urinaire à répétition, de maladies familiales ou générales ou à l'origine de complications rénales (diabète), les prises médicamenteuses récentes ou anciennes (médicaments néphrotoxiques). Les professions exercées seront précisées (exposition professionnelle).

On ne recourra jamais en en premier intention aux examens radiologiques utilisant des produits de contraste iodés qui sont néphrotoxiques et risquent d'aggraver parfois dramatiquement, la situation (myélome, diabète, sujet âgé ou déshydraté, IRC).

Il y a des éléments qui permettent d'affirmer le diagnostic d'IRC :

- Des antécédents évocateurs (maladies chroniques),
- Dosage antérieur de la créatinine plasmatique (anormal ;
- Nycturie, polyurie ;
- Paleur (sans saignement),
- Hyperparathyroïdisme secondaire : Hypocalcémie et hyperphosphorémie.
- Ostéodystrophie radiologique (lésions osseuses).
- Reins de petite taille différenciée (Echographie) : La taille des reins est d'autant plus petite que l'IRC est avancée (sauf amylose, diabète, polykystose). (M. A Boubchir, 2004, p. 32_33).

7. Épidémiologie de l'IRC

La maladie rénale est le plus souvent silencieuse et il est ainsi difficile de connaître avec exactitude la date de son apparition. Le stade d'insuffisance

rénale terminale (IRC) est par contre symptomatique avec les signes cliniques liés à l'intoxication urémique. Le patient relève alors d'un traitement de suppléance par dialyse ou transplantation rénale. L'incidence annuelle des nouveaux patients IRC relevant d'un traitement par dialyse ou transplantation rénale n'est pas encore parfaitement connue en France. Après avoir fortement progressé au cours des années quatre-vingt et 90, l'incidence de l'IRT se stabilise depuis quelques années dans l'ensemble des pays industrialisés, notamment aux États-Unis où la progression a été la plus forte.

La prévalence de l'insuffisance rénale chronique (IRC) croît avec l'âge. L'IRC et l'IRT sont aujourd'hui 40 fois plus fréquentes après 60 ans que dans la période de 0 à 20 ans. L'IRT est 5 fois plus fréquente chez le sujet noir que chez le sujet caucasien et une fois et demi plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. Cette différence pourrait être due à une influence des hormones mâles. (P. SIMON, 2007, p. 5- 6).

8. Le traitement de l'insuffisance rénale chronique

La dialyse fait appel à une membrane qui joue le rôle de filtre qui sert à éliminer les toxines et les excès de liquide du 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, sa capacité à gérer son traitement :

8.1. La dialyse péritonéale : il existe de variantes :

a. La dialyse péritonéale ambulatoire : c'est le patient qui laisse s'écouler une poche d'environ deux litres de sa cavité abdominale par tubulaire. Après un temps défini par le médecin en charge en (souvent 3-4 heures), le patient retirera lui-même le liquide, une fois l'abdomen vidé, il réinjectera le contenu d'une nouvelle poche de dialysat. Le procédé est répété 3 à 4 fois par 24 heures. L'avantage est qu'entre chaque échange de poche, le patient peut vivre ou travailler normalement. (Deperyre, 2010, p. 15.)

b. La dialyse péritonéale automatisée : se passe la nuit, avant de s'endormir, le patient branche son cathéter à une machine programmée qui se charge de changer la dialysat. Cette solution est un peu moins contraignante que la première car il n'y a pas de manipulations nécessaires pendant la journée. (Deperyre, 2010, p. 17)

8.2. L'hémodialyse

C'est une méthode de continuité qui utilise un générateur de dialysant, une circulation extracorporelle du sang sous la dépendance d'une pompe et d'un système sophistiqué de contrôle des paramètres et d'alarmes. (Gaudin, 2006, p. 2).

Selon le dictionnaire médical : l'hémodialyse c'est une technique d'épuration sanguine extrarénale, au moyen d'hémodialyseur qui fonctionne sur un circuit de circulation extracorporelle. (J. Quevauvilliers, 2009, p. 432).

L'hémodialyse se définit comme : méthode permettant d'épurer le sang extra corporellement dans une machine le dialyseur. Une fistule artério-veineuse au niveau du bras, dans la qualité sera déterminant, doit être réalisé par un chirurgien vasculaire. Elle offre un site de ponction haute pression ce qui facilite la circulation extracorporelle qui est toute fois aidé par un pompe à galet. (J. Depeyre, 2010, p. 16).

Partant de cet ensemble de définition on peut dire que le traitement le plus adapté au patient sera choisi en fonction de : son état clinique, son âge, ses conditions familiales et professionnelles et ses préférences personnelles.

8.3. Transplantation rénale

Il s'agit d'une opération chirurgicale par laquelle on implante dans l'organisme un rein provenant d'un donneur en bonne santé. Si la transplantation est un succès, elle permettra de reprendre une vie plus normale et un « divorce » avec la dialyse. Toutefois, une transplantation rénale n'est pas un traitement curatif. Elle demeure le traitement de choix pour l'insuffisance rénale chronique pour ceux qui sont considérés comme des candidats acceptables.

Le don d'organe est régi par la loi de bioéthique basée sur le consentement présumé. (A.Boubchir, 2004, p. 252)

8.3.1 Les indications de la transplantation rénale

La transplantation rénale est indiquée en cas d'insuffisance rénale chronique terminale (clairance < 10 ml/mn).

L'indication de la transplantation dépend de la néphropathie responsable de l'IRC. Certaines indications doivent faire appel à des transplantations

combinées (rein pancréas en cas de diabète de type I), ou rein- foies (en cas d'oxalose).

8.3.2. Contre-indications

Les contre-indications à la transplantation rénale sont regroupées sous trois niveaux :

a- Contre-indications absolues

- Cancer évolutif,
- Insuffisance cardiaque irréductible,
- Maladie vasculaire extensive (coronaire, cérébrale, périphérique),
- États psychiatriques graves,
- Sida (maladie).

b- Contre-indications temporaires

- Glomérulonéphrites en activité,
- Intoxication (alcool, toxicomanie),
- Obésité morbide,
- Infection chronique, tuberculose.

c- Contre-indications relatives

- Maladie de Fabry, oxalose, amylose,
- Antécédent de cancer,
- Déficience psychique, intellectuelle, socioculturelle,
- Cirrhose hépatique,
- VIH positif,
- Patients trop âgés (âge physiologique avancé). A.Boubchir, P. 243)

8.3.3. Complication de la transplantation rénale

La réussite de la greffe est marquée par une reprise rapide d'une fonction rénale normale. Les complications de la transplantation rénale sont de diverses natures, entre autre :

a. Du fait du receveur

- 1- Maladie initiale : Récidive,
- 2- Reins restant : HTA, polyglobulie,
- 3- Insuffisance rénale : Hyperparathyroïdie,
- 4- Dialyse : Hépatite B, C, athérosclérose.

b. Du fait du donneur

- 1- Ischémie : Nécrose tubulaire aiguë,
- 2- Prélèvement défectueux : Fistule urétérale, sténose de l'artère rénale.

9. Insuffisance rénale en Algérie

Dans notre pays, on compte selon les données effectuée lors du forum d'El Moujahid (2011) 1,5 million de personnes présentent une insuffisance rénale chronique (IRC), on peut ajouter 6 million d'algériens souffrent d'une maladie rénale chronique. En raison de l'allongement de l'espérance de vie, de l'augmentation de la prévalence de diabète et de l'hypertension artérielle, ainsi que l'absence d'une politique de prévention, le nombre de patient nécessitant une thérapeutique de substitution rénale atteindrait le chiffre de 20.000 dans les cinq prochaines années.

Actuellement, près de 13000 personnes sont touchées par l'insuffisance rénale chronique (IRC) terminale. Une maladie qui demeure insidieuse et méconnue de grand public. (A. Bouabka, 2009, p.6).

En Algérie, environ 4 000 nouveaux cas d'insuffisances rénales chroniques (IRC) sont enregistrés chaque année. (A. Bouabka, 2009, p. 6)

Conclusion

Les reins parviennent à éliminer la quantité d'eau, de sodium, de potassium et de phosphore provenant chaque jour de l'alimentation et du métabolisme intermédiaire en diminuant la réabsorption tubulaire de ces substances.

Toutefois les possibilités d'adaptation ont des limites : lorsque le nombre de néphrons restant devient à 10% de la norme, l'équilibre ne peut plus être assuré et il devient indispensable, à ce moment de recourir au traitement de suppléance ou à une transplantation rénale.

Chapitre II

Le coté psychologique

Introduction

L'insuffisance rénale chronique bouleverse de manières différentes l'univers du patient hémodialysé, celui-ci est en effet confronté aux remaniements, voire aux agressions que subit son corps. Sa vie familiale et socioprofessionnelle, ces dernières en générale qui influencent de manière directe sur son coté psychique, lequel est confronté a des excitations externes engendrant un changement global dans son corps et son psychisme, suivi d'un traumatisme effrayant et une situation difficile a accepter.

1. Le soutien psychologique au début de l'hémodialyse

Dans les débuts de l'hémodialyse, lorsque l'indication du programme était posée, et dans le but d'aider le patient à accepter la dialyse et sa chronocité, le psychologue doit travailler afin de tracer une stratégie qui, va lui permettre d'apporter un soutien adéquat aux malades. Ces points définis, par Sand, Livingston et Wright comme suit;

- Les réactions du malade aux divers stress subis antérieurement, dont ses éventuels problèmes de santé ;
- Ses réactions face à la maladie ou à l'invalidité de personnes de son entourage ;
- Son vécu, son attitude face à la maladie actuelle, et le vécu, l'attitude de son conjoint (ou d'une personne investie affectivement par lui). (A. Haynal et all. 1978, P. 120)

2. L'état psychologique des personnes sous hémodialyse

Le patient qui est mis en dialyse ressent toujours, même s'il s'est préparé de longue date, ce passage comme un choc, un bouleversement, car il est confronté a sa propre mort : c'est la dialyse ou la mort. Cela représente un véritable traumatisme psychique qui peut conduire a des épisodes de troubles où le patient se sent en grand désarroi, n'arrête pas de penser à la dialyse, souffre de cauchemardas répétitifs, de difficultés de concentration, ...etc.

Certains patients rentrent dans une vie très ritualisée ou ils tentent de contrôler l'événement, mettant en place un scénario qui intègre et contrôle la dialyse (changement de place, de machine, etc.), dans ce cas il faut être vigilant car la régression peut être dangereuse.

Donc le patient a besoin d'accompagnement, de suivi de la part des psychologues. (Ibid., p 1).

- **La castration**

La perte de la fonction rénale génère toujours un sentiment de castration. Il s'agit là d'un sentiment déjà éprouvé au cours de la vie (enfance, adolescence...etc.) en effet, être en dialyse, c'est avoir perdu sa puissance.

Dans le discours des insuffisants rénaux chroniques revient souvent des thèmes de mutilation, de mort, de manque, de vide. Constat d'un échec et d'un manque qui signent ce sentiment très net de castration.

- **La culpabilité**

Elle est souvent présente même si elle n'est pas consciente. La maladie peut être ressentie comme punition et réveiller une culpabilité pré – excitante. La quête étiologique tente d'exclure ce sentiment de culpabilité (étiologie génétique, non suivie du régime diabétique, mauvais choix du médecin qui n'a rien détecté...etc.) la culpabilité est l'objet de tous les efforts d'annulation et de refoulement.

- **La dépendance**

Il s'agit d'une situation de dépendance absolue par rapport:

- à un lieu;
- à une machine,
- à une équipe soignante.

Cette dépendance est aussi inconditionnelle. La contester en ne se pliant pas à discipline stricte suffit pour s'attirer des complications organiques plus ou moins sérieuses ; la refuser représente un arrêt de mort ; cette situation de dépendance totale pendant la dialyse alterne périodiquement avec une indépendance que l'on souhaite aussi complète que possible pour le malade. à cela s'ajoutent d'importantes frustrations d'ordre oral (régime sans sel, restriction hydrique), sexuel, professionnel (mise en échec des ambitions personnelles, éventuellement relégation à un poste subalterne, etc.) et social

- **Le deuil**

La réaction de deuil constitue un état dépressif d'intensité et de durée variables, que l'on observe parfois après les premières séances de rein artificiel,

au cours du "retour chez les vivants" ; il correspond à une prise de conscience plus élaborée de réalité, les malades faisant le deuil de la santé et de l'indépendance qu'ils n'ont plus, réalisant mieux la précarité de leur état et de leur avenir.

- **L'agressivité, la relation persécutée –persécuteur**

L'agressivité peut être appréhendée essentiellement comme un premier mode de défense du sujet au traumatisme de sa maladie et de sa thérapeutique, dans la relation dialysé-équipe soignante.

L'agressivité est plus clairement véhiculée à travers le sentiment d'être persécuté et son corollaire, l'accusation du persécuteur. « Les médecins avec leur régime nous ennuiant, ils nous persécutent », dit une dialysée. Un mécanisme de projection permet de confondre médecins et infirmiers avec l'agent persécuteur qui est en réalité le corps défectueux du sujet. La relation dialysé-dialyseur, devient relation persécutée-persécuteur dans l'imaginaire du malade, ce qu'écrit G. Raimbault : « l'agent persécuteur interne est ainsi remplacé par un persécuteur externe. Il ne peut échapper au sentiment d'intention agressive et destructrice et il s'identifie à un mauvais objet persécuté ou persécutant. ». (J. P. Sichel et E. Roueff, 1975, P. 389).

Ainsi pouvons nous citer, dit-ils, un des lapsus d'un dialysé à propos des infirmiers : les « marteaux piqueurs » à la place des « martins-pêcheurs ». (Ibid).

3. Les mécanismes de défense

J. P. Sichel et E. Roueff déclare que, tous les mécanismes de défense sont alors mis en jeu par le dialysé; chacun emprunte son registre névrotique antérieur à la maladie pour se défendre contre la blessure qu'elle constitue et qui est persécutée par les séances répétées d'hémodialyse. La diversité des réponses est liée à la "fixation", selon sa localisation chronologique et son intensité. Ils ont ainsi pu déclarer que l'hémodialyse chronique révélait la structure psychique du sujet. (J. P. Sichel et E. Roueff, 1975, P. 390).

- **La régression**

Nous avons déjà pu constater chez le dialysé une régression clinique dans ce que nous avons désigné comme état de deuil aux premiers temps de l'hémodialyse. Cette régression est aussi corollaire de la situation de

dépendance. L. Israël l'explique ainsi : « Abandonné par le groupe et par son propre corps, l'être humain, qu'il le veuille ou non, est obligé de se rattacher à son passé et ce retour en arrière constitue la régression, trait commun à pratiquement chaque état de maladie. ». (J. P. Sichel et E. Roueff, 1975, P. 390).

Dans le cas du dialysé, la régression est d'autant plus franche que le malade doit assumer sa maladie, et la thérapeutique particulière qu'est l'hémodialyse, qui, comme J. P. Sichel et E. Roueff ont schématisée, le situe dans une répétition de la dépendance infantile. Une malade se décrit : « Je suis trop faible, comme un enfant. » Ce phénomène est corroboré par les dires des infirmiers, par exemple à propos d'un malade : « Il se laisse faire comme un enfant. ». (J. P. Sichel et E. Roueff, 1975, P. 390).

De nombreuses caractéristiques du traitement par hémodialyse chronique favorisent la régression du dialysé : maladie, dépendance, deuil.

Cette régression est déjà une défense du sujet face au traumatisme, dans la mesure où, par son lien au concept freudien de « fixation » tel qu'il est définie dans « Introduction à la psychanalyse », elle permet aux différents mécanismes psychiques de défense d'être mis en jeu par le malade pour assumer son nouveau statut. (J. P. Sichel et E. Roueff, 1975, P. 390).

• **Le déni de la maladie**

Le déni est le Refus de reconnaître quelque chose ou de refuser quelque chose qui est dû. Le déni est un processus qui porte sur la réalité extérieure et qui s'installe dans la conscience du sujet.

Le déni de la réalité est par contre une caractéristique commune à tous les dialysés. Il leur permet non seulement de surmonter (en partie) la phase dépressive du début de traitement par hémodialyse, mais il est aussi, à tout instant de la survie du malade, un des modes de refoulement de l'angoisse de mort liée à son statut. (J. P. Sichel et E. Roueff, 1975, P 390).

Le déni de la maladie ou de la nécessité du traitement est fréquemment utile jusqu'à un certain point pour maintenir l'optimisme nécessaire à la poursuite du traitement ; d'après S.Consolé le déni consiste à nier le danger de mort permanent évacuant ainsi l'angoisse destructrice qui y est liée : il peut dans les cas extrêmes, se traduire par une négligence paradoxale du traitement.(Sanchez, Cardenas, M, 1989, p2)

Le Docteur E. Cassem, montre que la négation peut également constituer un obstacle préjudiciable dans :

- Quand la négation altère les relations personnelles du malade avec sa famille ou ses médecins.
- Quand la négation implique une régression infantile et empêche le malade de faire face avec maturité à la réalité qui signifie tragédie ; souffrance et mort, enfin lorsque le malade parcourt la religion, comme mécanisme de négation et à la doctrine de l'au-delà pour maintenir l'illusion que la mort ne met pas fin à cette vie. (C. Carbonell, 1978, p 425).

- **La projection**

La projection comme " l'opération par laquelle le sujet expulse dans le monde extérieur des pensées, affects, désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui et qu'il attribue à d'autres, personnes ou choses de son environnement".

Cette opération d'expulsion, "relève avant tout d'une mise en œuvre défensive, qui soulage le moi d'un déplaisir et se manifeste dans bien des modes de pensée ou de fonctionnement non pathologiques." Ils se réfèrent aux études de Didier Anzieu (1961/1970) et de Serge Lebovici (1992) sur les processus d'investigation de la personnalité.

4. La problématique du corps

- **Le corps morcelé**

En hémodialyse voir son sang à l'extérieur du corps ainsi que la machine, considéré comme le « bon rein » pose le problème de l'intégrité corporelle, de la nouvelle dimension morcelé du corps ; c'est-à-dire qu'il ya un renversement du dehors et du dedans, le bon rein artificiel est hors du corps, le « mauvais rein » est à l'intérieur. Cette vision au début est souvent traumatisante et provoque une modification du vécu corporel.

- **Le corps déformé et mutilé**

La honte par ailleurs est très présente, bras déformé, parfois de manière très impressionnante par la fistule, marque de piqures.....etc.

Le patient dialysé 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, c'est un moyen de lutter contre les modifications de l'image du corps liées à la maladie chronique. (Tribolet. S et Shahidi. M, p 373).

- **L'image du corps**

Ce qui est très particulier dans l'insuffisance rénale, c'est qu'un organe mort ou ne fonctionne plus. Le rein va être remplacé périodiquement par une machine extérieure à l'enveloppe corporelle qui est d'ailleurs désignée comme un « rein artificiel » celui-ci va constituer un prolongement dans l'espace externe dans quelque chose qui reste habituellement intime, secret, non dévoilé. (Pr Jacquot. C, 1991, p 2).

5. Le côté relationnel

Il y'a une perte relationnelle, de par les contraintes et le sentiment d'être incompris par tous, délaissé, abandonné, le patient s'enferme sur soi et (ne sort pas souvent).

6. La vie sexuelle

La difficulté à faire le deuil de la fonction urinaire et son symbolisme sexuelle peut entraîner une impuissance sexuelle, ainsi un déficit en hormone sexuelle est observée chez les dialysés dont la cause exacte n'est pas connue, ce déficit hormonal peut expliquer partiellement une baisse de désir.

La sexualité des dialysés est très souvent atteinte, avec une baisse plus ou moins prononcée de la libido, une impuissance plus ou moins complète pour les hommes, une frigidité et une stérilité pour les femmes.

L'impuissance liée à la maladie se répercute psychiquement sous forme d'angoisses de castration chez l'homme que chez la femme. La culpabilité à l'égard de celui qui est malade peut confirmer le couple dans un véritable enfer, constituant une emprise supplémentaire. (Cupa. D, 1997, p3).

Il semble aussi exister un déficit en neurotransmetteurs (substances chimiques qui transmettent l'information d'un neurone à l'autre) entraînant un retentissement sur le désir. (Ibid, p 374).

Les patients se sentent aussi émasculés durant l'hémodialyse et démasculinisés par la transplantation. (Crombez. J, 1973, p101).

Des changements métaboliques plus complexes ont été incriminés à l'origine des troubles cornèrent la libido et la qualité et la durée de l'érection. Mais il faut tenir également compte du bouleversement de la vie de couple de ces patients et du concours de l'état anxieux ou dépressif sous jacents. (Consoli. S, 1990, p640).

7. L'adaptation

Une adaptation ultérieure satisfaisante des patients au rein artificiel parait directement liée à certains faits:

- Un niveau intellectuel suffisant, permettant au malade de participer à son traitement et de comprendre ses aspects techniques ;
- L'existence d'un entourage affectif (un conjoint, des enfants par exemple) donnant au dialysé la volonté de combattre et lui assurant un soutien moral efficace - en d'autres mots, quelqu'un pour vivre qui survivre et quelqu'un vivant pour lui ;
- Une activité professionnelle investie par le patient en raison de l'intérêt qu'elle représente pour lui et du revenu qu'elle lui assure ; effectuer un travail que l'on aime et se savoir nécessaire à autrui de par l'argent que l'on gagne, aident les malades à tolérer l'hémodialyse ;
- La capacité d'admettre et de verbaliser son anxiété, ses difficultés émotionnelles face à la dialyse, à ses contraintes, à la mort... ;
- L'absence de recours à des mécanismes de défense tels que la somatisation et la toxicophilie (l'alcoolisme, abus de médicaments) dans les antécédents personnels du patient. (A. Haynal et all., 1978, P. 120).

Conclusion

L'hémodialyse constitue un traitement de suppléance pour l'insuffisance rénale chronique qui reste une maladie irréversible. Ce qui nécessite une association entre la prise en charge médicale et psychologique, dont le rôle de cette dernière est d'accompagner le patient durant sa maladie et de l'aider à s'adapter à son nouveau mode de vie. Et parfois pour quelque cas d'hémodialysé se projeter dans l'avenir pour un projet de greffe du rein.

Chapitre III

Les concepts essentiels de la théorie psychosomatique

Introduction

La psychosomatique dans son sens le plus large est l'étude des désordres somatiques d'ordre psychologique. Autrement dit, la psychosomatique est une discipline qui prend en considération les facteurs psychologiques et leurs influences sur l'organisme. À savoir la qualité de la mentalisation qui est le travail de l'appareil psychique, et son influence sur la tenue du corps.

1. Historique de la psychosomatique

Dès l'antiquité, on a su que les sentiments et les émotions avaient un retentissement sur le corps, mais il a fallu attendre les progrès de la médecine moderne pour établir l'existence des mécanismes par lesquels l'émotion était à l'origine d'une maladie, avec ses caractères et son évolution propres.

Le terme psycho-somatique fut utilisé pour la première fois par Heinroth en 1818. Au siècle suivant, les découvertes de S. Freud permirent une meilleure compréhension de ces phénomènes, étudiés à Vienne par F. Deutsch, qui réintroduisit ce mot en 1922, par Groddeck, puis par de nombreux psychanalystes américains, tels que H. F. Dunbar ; F. Alexander, de Chicago ; Weiss et English, de Philadelphie. L'extension que connaît maintenant le mouvement psychosomatique a été le résultat des travaux de neuro-physiologistes comme Jackson, Cannon, Hess ; de l'école réflexologique russe, orientée à la suite de Pavlov et Bykov vers la pathologie cortico-viscérale ; des auteurs de langue allemande, Von Uexküll, Mitscherlich, M. Boss ; des auteurs français, M. Fain, P. Marty, de M'Uzan, Ch. David ; et en Grande-Bretagne, de M. Balint.

Actuellement, l'attitude psychosomatique correspond à une conception de la médecine. Plutôt que de considérer une médecine des organes, elle met l'accent sur une médecine générale de l'organisme, dans une approche globale, holistique, de l'individu malade. Cette conception, héritière de l'école hippocratique, de Cos, postule l'unité psychosomatique de l'homme qui peut être le siège de phénomènes morbides ; ceux-ci peuvent être étudiés de façon complémentaire sous l'angle psychologique ou sous l'angle physiologique. Dans cet esprit, on pourrait dire que tout malade est psychosomatique.

Mais il existe un courant de recherches pour lequel la médecine psychosomatique « est une branche de la médecine qui concerne l'étude des phénomènes de l'esprit et leurs significations dans l'apparition et le

développement des maladies affectant le corps » (Von Uexküll). Dans l'étiologie des maladies à manifestations somatiques, telles que l'hypertension artérielle, l'asthme, l'ulcère gastrique, les observations cliniques ont attribué un rôle important aux facteurs psychologiques et à la personnalité des malades. Chez ce type de malades psychosomatiques souffrant d'affections que l'on appelle aussi névroses d'organe, l'examen clinique met en évidence l'existence de conflits intrapsychiques. (J. Bergeret, 1986, P. 235-236).

Les conceptions freudiennes de la névrose seront reprises par les psychanalystes américains qui formèrent en 1930 l'École de Chicago où furent menées les premières recherches systématiques dans ce domaine. Par l'importance de ses travaux et l'impulsion qu'elle fournit au mouvement psychosomatique dans le monde entier elle connut un grand essor. Une place centrale doit être laissée à Frantz Alexander qui en fut le théoricien et anima, durant plus de trente ans, chercheurs et thérapeutes.

Pour Alexander, les manifestations les plus primitives du psychisme sont inscrites dans la physiologie des fonctions viscérales correspondant aux besoins vitaux. « La dualité disparaît – écrit-il – si nous considérons le phénomène psychique comme un aspect subjectif de certains processus physiologiques. » (P. Marty, 1990, P. 8 - 9).

2. Le monisme

Le monisme, comme son nom l'indique, il fait référence à quelque chose unifié. P. Marty a remplacé le dualisme corps – psyché par l'unité psychosomatique qui a gardé à son tour un dualisme d'ordre pulsionnel (pulsion de vie et de mort), où il argumente la continuité fonctionnelle entre le corps et la psyché en considérant qu'à l'autre bout de l'échelle évolutive l'homme nous montre, d'une manière identique, qu'aux différents niveaux de son fonctionnement à partir des échanges physico – chimiques, en passant par les échanges intellectuels et artistiques, il emprunte en permanence à l'extérieur de lui – même les éléments essentiels à sa vie. (P. Marty, 1976, P. 9).

3. Les chaînes évolutives

Les axes évolutifs de l'individu ne sont pas linéaires, une représentation dans l'espace des axes permettrait de mieux saisir la complexité de développement humain.

P. Marty propose un schéma des lignes de l'évolution individuelle marquées par les points de fixation-régression ;

- **Les chaînes évolutives centrales** : comportant les fixations-régression libidinales, voire somatiques s'achève dans la chaîne évolutive centrale mentale. Seules les organisations névrotique ou psychotique sont dotées d'une telle lignée évolutive, riche en points de fixations, étagée aux différents stades du développement libidinal.
- **Les chaînes évolutives latérales** : plus ou moins importantes selon les individus, rejoignent la plupart de temps la chaîne évolutive centrale. Elles sont marquées par divers points de fixation-régression, qui peuvent intervenir lors d'une désorganisation post-traumatique, sous forme de symptomatologies variées, inhabituelles dans le fonctionnement des sujets.
- **Les dynamismes parallèles** : ceux-ci restent souvent indépendants de la chaîne évolutive centrale. Leur marquage s'exprime sous des formes variées sublimatoires artistiques ou non, perverses traits de caractère névrotique et psychotique, processus somatique divers, chroniques, aigus. L'ensemble des activités ou symptomatologies décrites à propos des trois lignées évolutives participe à la régulation de l'économie psychosomatique.

4. L'évolutionnisme

C'est en s'appuyant sur les données fournies par la théorie psychanalytique qui demeure sa référence essentielle et constante que P. Marty fidèle à ce qu'il appelle « le principe évolutionniste », va insister sur l'organisation et la hiérarchisation progressives des fonctions qui se mettent en place au cours du développement de l'individu humain. Ce qui nous mène à distinguer entre les deux mouvements suivants ;

- Les mouvements progrédients : repérables dans l'enfance, vont intégrer bien évidemment toutes les phases de l'évolution libidinales, telle qu'elle est décrite dans la métapsychologie Freudienne, et venir renforcer la

chaîne évolutive centrale dont l'axe, a proprement parlé mental s'avérera alors bien développé.

- Les mouvements régrédients : affectent le déroulement de la vie humaines en fonction des points de fixation dont la solidité même constituera un des éléments essentiels en ce qui concerne les possibilités évolutives ultérieures du sujet. Le nombre et l'intensité des points de fixations qui se seront constitués progressivement à travers le jeu continuels entre les mouvements qui vont dans le sens de l'organisation (R.Debray, P17-18).

5. Le traumatisme

Les traumatismes restent dans les cadres économiques individuelles que nous avons précisément circonscrits. Issus d'une excitation excessive des instincts ou pulsion à laquelle l'organisation psychosomatique des sujets ne peut faire face, les traumatismes se définissent par la quantité de désorganisation qu'ils produisent. Un traumatisme découle ainsi de rapport entre l'excitation et la défense psychosomatique de l'individu en cause. (P. Marty, 1990, P.80).

Selon P. Marty, la qualité d'un traumatisme est en relation directe avec la désorganisation qu'elle provoque et se confond presque avec elle. L'origine extérieure du traumatisme ne porte pas, en elle-même, une valeur objectivement appréciable. La perte d'un être proche peut ne pas être plus traumatisante, chez un individu adulte, qu'un jour, chez un autre par exemple, le sentiment provoqué par le passage d'une poussière dans un rayon de soleil. ». (Marty P., 1976, p.102).

6. Le fonctionnement mental

Le fonctionnement mental regroupe un ensemble de notions fondamentales qui se diffère d'une structure à une autre (structure névrotique, psychotique, et aménagement limite).ces points sont : la quantité et la qualité des représentations, voire même l'absence et la richesse de ces dernières ainsi que la qualité des rêves ; le type d'angoisse ; la nature du conflit ; l'instance dominante ; les types de mécanismes de défense ; le type de relation d'objet ; et la nature de la vie fantasmatique.

Selon P. Marty, « on peut en effet comprendre vraiment le fonctionnement d'un système complexe que si l'on sait comment il a été construit (ou pour mieux dire dans le cas présent, comment il s'est construit). Comprendre le développement de la personnalité c'est retracer l'histoire des structures qui à des

moments successifs, ont défini le fonctionnement de la personne. » (R. Perron, 1985, P.12). Autrement dit, la mentalisation caractérise le travail de l'appareil psychique mais elle est différente d'une personne à une autre et même parfois chez le même individu. Cette différenciation est dépendante des périodes de sa vie (histoire personnelle, traumatisme, environnement familiale).

- **La mentalisation**

Ce terme, en psychosomatique, désigne l'ensemble des opérations symboliques par lesquelles l'appareil psychique assure la régulation des énergies instinctuelles et pulsionnelles, libidinales ou agressive. (H. Kamieniecki, 1994, P. 68).

P. Marty distingue quatre types de mentalisation : bonne mentalisation, mauvaise et incertaine, et névrose de comportement. Mais pour nous, débutant dans la recherche scientifique, on n'a pas bénéficié d'une formation spécialisée en psychosomatique pour faire la différence minutieuse entre les types de mentalisation. On est dans l'obligation d'intégrer la mauvaise mentalisation avec la névrose de comportement dans l'analyse des donnés.

- a) **La bonne mentalisation**

Cette première forme de mentalisation correspond, dans un grand nombre de cas, à l'évidence, les représentations de mots et de choses liées entre elles se chargent et s'enrichissent, pendant le développement, de multiples affects et de valeurs symboliques. Les perceptions et représentations premières étant remaniées par l'évolution mentale individuelle, par les mouvements pulsionnels successifs et par les conflits psychiques, l'inconscient intervient à plusieurs titres dans leurs reproductions ultérieures qui, issue de systèmes mnésiques complexes (notion d'après-coup freudien), constituent des témoignages discutables des réalités passées. Cette profondeur et cette largeur psychique des représentations, au moins théoriquement sujettes aux associations d'idées par les fils entrelacés des mots et des affects, se rencontre bien entendu chez les « névrosés mentaux » classiquement, objets des descriptions freudienne. (P. Marty, 1990, P. 42).

b) La mauvaise mentalisation

Réfère à la limitation et la superficialité des représentations réduites à celle des choses, le manque de symbolisation du verbe. Les sujets en cause, susceptible de mener une vie efficace et satisfaisante, enrichie parfois d'expressions sublimatoires artistiques surtout, ne trouvent en effet d'autres possibilités que de traduire dans l'actualité et dans l'action les mouvements inconscients. Mais à un moindre degré de pauvreté générale des représentations. (P. Marty, 1990, P. 41).

c) La mentalisation incertaine

Elle figure une troisième catégorie de névroses qui, par son importance numérique, mérite attention. Les possibilités représentatives et associatives des sujets concernés varient en effet considérablement dans le temps. Tantôt assurément ou relativement « bien mentalisée », ils paraissent plutôt riches de pensée et, pour de nombreux psychanalystes, classiquement analysables, tantôt « mal mentalisés », leur pauvreté et leur superficialité psychique représentatives est désolantes. Les variations du fonctionnement préconscient de ces sujets nous ont conduits à qualifier leur ensemble de « névrose à mentalisation incertaine », l'incertitude provenant aussi bien de la variabilité de leur statut psychique que du sentiment indécis de l'observateur. (P. Marty, 1990, P. 43).

d) Névrose de comportement

Parfois les représentations semblent absentes. Parfois, mêmes chargées de contenus verbaux (mais les mots semblent alors réduits à l'état de chose), les représentations se montrent limitées et superficielles, reproduisant directement les perceptions vécues dans la réalité. Traces mnésiques éventuellement pures, ces représentations, peu nombreuses d'ailleurs et peu sujettes à des associations d'idées, ont l'air de simples témoignages d'événements enregistrés. Cela comme si les complexités de la vie mentale n'existe pas chez les individus concernés, comme si les affects que promeut l'inconscient, permanents ou presque chez d'autres, étaient ici à l'écart. (P. Marty, 1990, P. 41).

7. Les rêves

Selon P. Marty, 1984, a donné des types de rêves chez les malades somatiques;

a) L'absence de rêves

On peut penser que le malade ne souvient de ses rêves, soit par manque d'intérêt, soit par une résistance à en révéler les contenus. Autrement dit, cette notion d'absence des rêves correspond théoriquement à l'isolement de l'inconscient, les excitations pulsionnelles créant d'autres voies que celles de la représentation et de l'élaboration oniriques. (P. Marty, 1984, P. 1147).

b) les rêves opératoires

Dans ce type de rêve tout est manifeste et concerne le diurne. Il s'agit d'une reproduction des actes réalisés dans la journée ou qui précèdent des actes au programme de la journée suivante. Ils se caractérisent par la dominance de la réalité, ainsi que l'absence des traces de l'inconscient sous ses formes originaires et ses formes d'un refouler. (P. Marty, 1984, P. 1148).

c) les rêves répétitifs

Ces rêves sont dus à une stagnation du système onirique, du fait de l'échec persistant de la programmation de ce système. Lorsqu'ils sont exclusifs, les rêves répétitifs prennent en général l'allure de cauchemars, rêves qui ne suffisent jamais à maintenir le sommeil. Ce type de rêve est souvent intégré aux névroses traumatiques.

Les rêves répétitifs témoignent d'une pensée fixée, dont l'absence de mobilité rejoint celle des inhibitions des représentations. Et surviennent fréquemment après des accidents corporels accompagnés de lésions plus ou moins graves. (P. Marty, 1984, P. 1149-1150).

d) les rêves crus

Ils sont nommés ainsi puisque ces rêves en des scènes directes, la réalisation de buts pulsionnels : « emprise, puissance agressive orale ou anale, puissance génitale ». Les rêves crus sont peu déformés, pour P. Marty, ils semblent exposer une certaine photographie de l'inconscient refoulé et originaire du sujet. En revanche cette photographie donnerait davantage l'image d'un ça que celle d'un inconscient. Ce dernier type, souvent se rencontre chez les névrosés de

comportement dont l'appareil psychique, écarté des possibilités de contre-investissement, ne s'est jamais organisé clairement. Ainsi, ils ne sont pas rares chez les malades mal mentalisés.

Les rêves crus sont apparemment éruptifs, sans aménagement, sans défenses, et réveille le plus souvent le dormeur. (P. Marty, 1984, P. 1150-1152).

8. La dépression essentielle

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

C'est en 1966 que le terme « dépression essentielle » fut ainsi promu, P. Marty souligne que : « La dépression psychosomatique, qu'à plusieurs reprises j'appelais dépression sans objet, serait en définitive mieux nommée dépression essentielle, puisqu'elle constitue l'essence même de la dépression à savoir l'abaissement de niveau du tonus libidinal sans contrepartie économique positive quelconque. » (ibid, P. 29).

« La dépression essentielle s'établit lorsque des événements traumatiques désorganisent un certain nombre de fonctions psychiques dont ils débordent les capacités d'élaboration... On doit aller à la recherche des manifestations négatives, naturellement peu notables. » (Ibid, P. 30).

9. Pensée opératoire et vie opératoire

La pensée opératoire est une pensée propre aux patients psychosomatiques, elle met en certitude la carence des activités fantasmatiques et oniriques de sujets. Elle exclut toute représentations et affects liés à la réactivation de traces mnésiques liées à la mémoire, à des souvenirs, à des pensées latentes, dans lesquelles la projection dans l'avenir n'est pas retrouvé.

P. Marty utilise le mot « vie » plutôt que « pensées » opératoire dans la mesure où il s'agit d'un système automatique et superficiel de vie sans liaison avec l'inconscient. La vie opératoire s'avère « un système de non pensée », elle constitue une étape de chronicité relative, de stabilité relative qui s'installe au cours d'une désorganisation lente et ayant affecté un caractère progressif pendant laquelle aucune réorganisation ne se produit.

Cette phase de vie opératoire apparaît comme un aménagement fragile, plus ou moins prolongé dans le temps. Elle est néanmoins émaillée fréquemment d'incidents ou d'accidents somatiques variables qui soulignent un ensemble de comportements d'instabilité. (Marty P., 2004, p. 117).

10. L'économie psychosomatique

L'économie psychosomatique regroupe les divers éléments dynamiques qui déterminent les fonctions de l'organisation, désorganisation et de réorganisation. Son domaine concerne aussi bien la dimension psychique que biophysique ou sociologique. Gérer par les mouvements individuels de vie et de mort, l'ordre psychosomatique doit tendre le meilleur équilibre homéostatique pour l'individu, c'est-à-dire une bonne coordination du somatique et du psychique (J.Chemouni, 2000, P.40).

- **Fixation et régression**

Ces deux mécanismes sont très attachés les uns aux autres ; il y a une relation étroite entre eux, la notion d'une régression d'un certain ordre reposant sur une fixation qui elle-même, repose sur une régression d'un autre ordre, implique en effet l'existence d'organisations antérieures à n'importe quel niveau d'évolution (P. Marty, 1967, P.121).

- **Fixation**

La fixation est le fait que la libido s'attache fortement à des personnes ou à des images, reproduit tel mode de satisfaction, reste organisé selon la structure caractéristique d'un de ses stades évolutifs. La fixation peut être manifeste et actuelle ou constituer une virtualité prévalence qui ouvre au sujet la voie d'une régression.

La fixation se caractérise par le fait que tout être humain, et surtout le névrosé, a été marqué par des expériences infantiles, sources de satisfaction, et qu'il demeure attaché dans certains cas à ces modes de satisfaction ; dans ces cas où la libido est « fixée » à certains types d'objets, elle demeure organisée selon la structure caractéristique du stade évolutif lors duquel s'est produite la fixation. La fixation ne porte donc pas seulement sur l'objet libidinal, mais sur toute cette structure de l'activité (psychique et comportementale) d'un stade donné.

➤ Régression

L'emploi du terme « régression » implique la reconnaissance de courants évolutifs et de courants contre-évolutifs. Le retour des régressions aux points de fixation ; combine à l'inclusion de mécanismes de régression dans les phénomènes de fixation, nous invite personnellement à toujours avoir présent à l'esprit l'infinité évolutive, quel que soit le champ de notre intérêt immédiat.

Dans le cadre des mouvements individuels de vie et de mort, la plupart des événements pathologiques s'inscrivent sous les signes de la régression.

Les régressions rejoignent d'une manière complexe les fixations fonctionnelles de l'évolution, fixations phylogénétiques héréditaires et ontogénétiques. Souvent inattendues, surprenantes ; mais d'une relative stabilité, les régressions attirent l'attention et provoquent la description, d'avantage que ne le font les fixations la plupart du temps entraînées dans le courant évolutif.

Parce qu'on peut décrire autant de variétés de régression qu'on peut découvrir de perspectives sur un même phénomène, et grâce au sens évolutif du concept, Les régressions représentent le moyen idéal d'étude analytique et de classification des fonctions et des relations inter fonctionnelles psychosomatiques(P. Marty,1980,P.136).

11. La classification psychosomatique

Cette classification présente plusieurs qualités, qui sont:

- La concision: elle rapporte l'essentiel d'un individu malade en cernant sa personnalité sous divers angles ;
- La maniabilité: également garante de l'efficacité (elle ne comporte qu'une quantité limitée de rubriques) ;
- L'esprit dynamique:elle évite de fixer le sujet dans la description d'un seul moment de sa vie, en tenant compte de son passé comme de ses possibilités évolutives. Elle apprécie donc le malade à plusieurs reprises au cours de son évolution ;
- L'adaptabilité: qui est permanente, dans le souci d'une clarté progressive (pouvoir décomposer une rubrique au début simpliste en d'autres plus précises, pouvoir ajouter de nouvelles rubriques à l'invitation d'évidences cliniques).

Voici un résumé de la manière dont se présente la classification psychosomatique de P. Marty (la plus couramment utilisée dans les années 80-90). Elle remarque chez un sujet, en un moment déterminé:

a) Sa Structure fondamentale

Considérée comme partie foncière, inamovible à l'âge adulte, de son organisation psychosomatique. Un répertoire présente 10 items parmi lesquels figurent les divers systèmes névrotiques ou psychosomatiques, les niveaux de mentalisation, par exemple.

b) Ses Particularités habituelles majeures

Qui réunissent des données symptomatiques, des données concernant le fonctionnement mental et le mode de vie habituel, des données anamnestiques anciennes. Pour faciliter le dépouillement statistique, le répertoire présente trois ordres de particularités habituelles majeures: - d'ordre symptomatique (27 item où figurent la qualité des angoisses, les traits névrotiques, de caractère et de comportement, la dépression latente, par ex.) ; d'ordre de l'interprétation par l'examineur (13 item où sont estimés les problèmes sexuels, régressifs, traumatiques, les expressions sublimatoires, par ex.) ; d'ordre de l'anamnèse (20 item où s'envisagent les deuils, la qualité des dépressions, les mouvements de désorganisation passées, par ex.).

c) Ses Caractéristiques actuelles majeures

Qui réunissent les données symptomatiques immédiates, les données anamnestiques récentes et les données concernant le fonctionnement mental et le mode de vie actuels (19 item tiennent compte des deuils récents, de la qualité actuelle de la dépression et du mouvement éventuel de régression ou de désorganisation, par ex.).

d) Ses Caractéristiques nouvelles résultant de la psychothérapie

Elles réunissent trois ordres de données: celles qui concernent la disparition des "caractéristiques actuelles majeures" ; celles qui concernent la transformation des "particularités habituelles majeures" spécialement défavorables à l'équilibre psychosomatique des sujets ou la reprise de "particularités habituelles majeures" spécialement favorables à l'équilibre psychosomatique de ceux-ci, toutes notifications de "caractéristiques actuelles" ou de "particularités habituelles" ayant été faites en leur temps ; celles qui

concernent enfin l'acquisition de nouveaux types de fonctionnement psychosomatique (dans les domaines mental, des expressions sublimatoires ou de l'organisation sociale). (P. Marty, 1990, P. 61-65).

12. L'apport de l'environnement

Un environnement suffisant, bon et adapté est indispensable au développement d'un individu, qui correspond à une unité pour l'ensemble « environnement-individu », que ce dernier n'existe que s'il est en relation avec le monde extérieur. c'est à partir des interactions avec son entourage qui va être confronté à de nombreuses situations, qui peuvent bouleverser sa vie sur le plan physique et psychique, d'où vient l'importance du monde extérieur. P. Marty appelle " l'environnement favorable" ce qui vient combler les déficits fonctionnels foncières décelés chez le sujet. Car c'est grâce à cet environnement favorable qui répond aux besoins du sujet comme la tendresse et la chaleur familiale dépourvue de toute surcharge et pression, de plus les soins sanitaires conduisent le sujet à une amélioration de sa santé, en arrivant à gérer sa vie. En fait, sa maladie sera assumée, donc il y aura la réversibilité de la désorganisation. Tandis que lorsqu'il ya défaillance de l'environnement, là où il y'a des problèmes angoissants empêchent le sujet de se rétablir en le conduisant à une désorganisation somatique irréversible, alors on dira qu'il est influencé par un environnement défavorable. (P. Marty, 1976, P. 165 à 168).

Conclusion

La psychosomatique s'occupe à la fois de la psyché et du corps d'où il a développé le concept de monisme. Dans la conception de P. Marty, l'économie psychosomatique occupe une place très importante dans l'explication d'une atteinte somatique, dont cette dernière est la résultante d'une non élaboration au niveau mental ou de comportement. Donc si cette énergie n'est pas suffisamment évacuée, elle se décharge dans le corps qui somatise et qui prend la relève.

Chapitre IV

Problématique et hypothèses

Problématique et hypothèses

Depuis la nuit des temps, l'être humain est considéré comme une unité complexe, qui est composée de différents aspects, sociaux, biologiques, cognitifs et affectifs, dont l'ensemble est organisé et en permanente continuité et interaction formant la personnalité de l'individu. Ce dernier paraît avoir des ressemblances avec d'autres hommes tels que le langage, la culture mais a ses particularités qui le distinguent d'eux tels que certaines caractéristiques biologiques et mentales. Si chacun de nous a son propre ADN qui le distingue biologiquement des autres, ainsi psychologiquement, toute personne a son fonctionnement psychique qui le rend unique. Cela doit nous inciter à un essai de comprendre les mécanismes qui régissent l'état de santé d'un individu, ainsi ceux qui vont intervenir en cas de maladie.

En effet, la santé, inestimable, est caractérisée, selon la définition de l'OMS, par un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Faire face à une maladie fait parti de la vie de tout être humain quel que soit son âge, ainsi on remarque durant ces dernières années que les maladies chroniques sont de plus en plus diffusées dans le monde entier malgré les efforts immenses effectués par les chercheurs dans le but de diminuer la fréquence de celles-ci.

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est l'une de ces affections fréquentes, qui est si silencieuse puisque la personne malade, ne souffre pas jusqu'au stade final, dont les symptômes sont accentués, et le diagnostic est prononcé. Elle demeure une maladie qui est insidieuse et méconnue de grand public.

L'insuffisance rénale chronique se définit comme la perte irréversible des fonctions des reins. C'est une diminution de la filtration glomérulaire en rapport avec une réduction permanente et définitive du nombre de néphrons fonctionnels, ce qui provoque comme première manifestation clinique une chute de la diurèse et par la suite la défaillance de la fonction endocrine du rein. La cause la plus importante de l'insuffisance rénale est le diabète sucré (le tiers des cas) ; l'hypertension suit de près comme deuxième cause.

La France est au deuxième rang des pays industriels pour le nombre de malades atteints d'insuffisance rénale chronique. L'incidence de l'insuffisance rénale chronique est de 61 par million d'habitants, et augmente de 10 à 20%

chaque année. Un tiers des IRC sont des transplantés rénaux, parmi les autres, 6% sont traités par dialyse péritonéale chronique ambulatoire, 6% par hémodialyse à domicile et 57% par hémodialyse en centre ou auto dialyse. L'âge moyen de prise en charge des malades en insuffisance rénale chronique terminale est de 59 ans. La responsabilité des glomérulonéphrites et des pyélonéphrites chroniques semble diminuer ; en revanche on note un doublement de l'incidence des néphropathies diabétiques en 10 ans. L'âge moyen des greffés est de 45 ans. Le nombre de transplantation diminue régulièrement depuis quelques années par manque d'organes. Les insuffisants rénaux chroniques décèdent essentiellement de cause cardiaque et vasculaire, la fréquence des affections malignes à l'origine de décès est évaluée 10%.

Dans notre pays l'Algérie, on compte environ 1,5 million de personnes présentent une insuffisance rénale chronique (IRC), on peut ajouter 6 million d'algériens souffrent d'une maladie rénale chronique. Actuellement, près de 13000 personnes sont touchées par l'insuffisance rénale chronique (IRC) terminale. Enfin, environ 4 000 nouveaux cas d'insuffisances rénales chroniques (IRC) sont enregistrés chaque année.

Le patient doit suivre un traitement de suppléance par dialyse ou par une transplantation rénale. L'hémodialyse est une technique destinée aux patients souffrant d'insuffisance rénale au stade terminal. Il s'agit d'une méthode d'épuration sanguine extra rénale, d'une fréquence de deux à trois fois par semaine et d'une durée de trois à quatre heures. Elle a pour objectif de suppléer la fonction rénale défaillante, et d'assurer le maintien de l'homéostasie interne.

Les malades souffrant de l'IRC sont soumis à l'hémodialyse comme traitement contraignant en attente d'avoir une greffe rénale si cette dernière est réalisable, car elle reste une contre indication pour quelques hémodialisés.

À l'annonce d'une insuffisance rénale terminale, une certitude : à plus ou moins long terme le patient sera mis en dialyse ou greffé. Il ne peut compter sur son propre corps devenu incapable de le faire vivre. Cela lui inflige une profonde blessure narcissique, un narcissisme primaire qui peut être touché, lui montrant son impuissance radicale puisqu'il est obligé de faire appel à une machine ou au rein d'un autre pour survivre. La machine et les soignants en charge du rein artificiel peuvent devenir, au niveau fantasmatique, une sorte de mère toute-puissante, un vampire dangereux ou une autre figure de notre univers psychique archaïque. Le dialysé est, comme le nourrisson, dépendant de façon absolue (au sens de Winnicott) de la machine et de l'équipe médicale et

soignante. Face aux incertitudes liées à son état, le patient peut chercher auprès des soignants une aide pour les rendre supportables psychiquement, pour les contenir. Face à la maladie chronique, face à ce traitement érodant (physiquement et psychiquement) qu'est la dialyse, le narcissisme comme gardien de vie est alors central.

L'agressivité peut être appréhendée essentiellement comme un premier mode de défense du sujet au traumatisme de sa maladie et de sa thérapeutique, dans la relation dialysé-équipe soignante. Elle est plus clairement véhiculée à travers le sentiment d'être persécutée et son corollaire, l'accusation du persécuteur. Un mécanisme de projection permet de confondre médecins et infirmiers avec l'agent persécuteur qui est en réalité le corps défectueux du sujet. La relation dialysé-dialyseur, devient relation persécuté-persécuteur dans l'imaginaire du malade, ce qu'a écrit G. Raimbault : « l'agent persécuteur interne est ainsi remplacé par un persécuteur externe. Il ne peut échapper au sentiment d'intention agressive et destructrice et il s'identifie à un mauvais objet persécuté ou persécutant. » (J. P. Sichel, E. Roueff, 1975, P. 389).

Cependant, tenter de comprendre la personnalité humaine, ainsi prédire ce qui peut la désorganiser, sa nécessité une hiérarchisation entre ce qui est psychique étant à l'origine d'une atteinte organique, et ce qui est organique venant frapper directement le corps puis retentir sur le psychisme. L'une des principales causes qui ont conduit P. Marty a abandonné le dualisme corps-psyché et le remplace par l'unité psychosomatique où il affirme la continuité fonctionnelle entre le corps et la psyché.

De ce point de vue, l'individu doit être appréhendé dans sa totalité, pour mieux comprendre son fonctionnement afin de pouvoir prédire ses réactions face aux différentes difficultés et traumatismes comme les maladies chroniques qui pourra rencontrer dans sa vie, et qui oppose ses aspirations au bonheur, tels que la satisfaction de ses instincts et l'évitement de la souffrance, Ce qui peut bouleverser leur vie. Alors connaître les mécanismes mis en jeu lors des situations pareilles, permet de préparer les patients à accepter leur nouveau mode de vie et éviter au maximum possible les complications.

Parmi les concepts essentiels en psychosomatique, le fonctionnement mental qui est la qualité du travail de l'appareil psychique, est l'ensemble constitué de la qualité et la quantité des représentations, la richesse ou l'absence

de ces dernières voire même la qualité des rêves, l'instance dominante, la nature du conflit, les types d'angoisse, la relation d'objet, les mécanismes de défense ainsi que la qualité de la vie fantasmatique. Dont l'importance est d'apprécier au cours des états pathologiques psychiques ou somatiques qui laissent apparaître, soit de façon épisodique, soit de façon permanente, des irrégularités, des blocages, des insuffisances. Autrement dit, pour pouvoir mieux comprendre le principe de mentalisation.

P. Marty insiste sur l'importance et la place qu'occupe l'économie psychosomatique dans la compréhension et le traitement des atteintes organiques. Il insiste aussi sur le fonctionnement mental qui se diffère d'un individu à un autre.

La gestion des excitations, internes ou externes, se diffère d'une personne à une autre. La personne qui traite l'excitation par le biais de son appareil psychique en la transformant en énergie psychique qui à son tour produit une symptomatologie mentale et/ou caractérielle. Ce travail psychique apparaît chez les des personnes dotées de mécanismes labiles et rigoureux ainsi que d'une richesse fantasmatique. Par contre, les personnes dépourvues de rigueur défensive et de richesse fantasmatique - c'est-à-dire qui peuvent élaborer les excitations au niveau psychique (et les diriger dans le secteur psychique seulement) - sont contraint à ce moment là d'utiliser d'autres mécanismes comme le caractère et le comportement. Si cela n'est pas possible, il en résulte un processus de somatisation soit par régression soit par désorganisation somatique.

Cette désorganisation emprunte un chemin inverse du principe évolutive progrédient est contre le principe évolutif, elle touche d'abord les fonctions les plus évoluées (comme les fonctions mentale) puis elle s'élargit pour atteindre les fonctions les moins évoluées (somatisations). Le symptôme organique quel que soit le degré de sa gravité, doit être pris dans la dynamique évolutionniste et historique avec la continuité de l'existence du sujet, en intégrant ce symptôme dans son économie psychosomatique.

La théorie psychosomatique constitue la référence théorique de notre recherche parce qu'elle s'intéresse à l'unité psychosomatique, et à la qualité de la mentalisation et son influence sur la tenue du corps.

La pré-enquête représente une étape importante voire indispensable dans tout travail de recherche. Notre rencontre avec les hémodialysés s'est organisée

par le biais d'une pré-enquête menée au sein de deux centres d'hémodialyse à titre étatique. 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, et de maîtriser l'application de nos outils, et notamment d'apporter des modifications à notre guide d'entretien.

De ce fait, et à partir de la revue de la littérature et de notre pré-enquête nous nous sommes interrogé sur la nature du fonctionnement mental chez les hémodialysés – qui constitue notre thème de recherche – ce qui nous a mené à poser les questions suivantes :

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

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

Hypothèse générale

Les hémodialysés, qui constituent notre variable indépendante, et le fonctionnement mental qui est notre variable dépendante, qui diffère d'un individu à un autre, et chez le même individu selon les moments de sa vie.

Les hypothèses partielles

La première hypothèse

Le fonctionnement mental de nos sujets varie de la bonne mentalisation jusqu'à la mauvaise mentalisation. Les personnes ayant une bonne mentalisation ont un espace psychique exploité autant qu'un champ mental qui traite les contenus fantasmatiques; présentent des mécanismes de défense appartenant aux différents registres fonctionnels, ainsi qu'une souplesse dans leur utilisation; une capacité de traitement des situations conflictuelles. Par contre ceux qui sont dotés d'une mauvaise mentalisation se caractérisent par une absence d'un espace psychique pour le traitement des conflits; un attachement à la réalité concrète, et factuelle, des fois, sous forme d'une vie opératoire; et une carence des souvenirs, une pauvreté au niveau des expressions affectives. Concernant la mentalisation

incertaine, elle se varie entre ces deux types de mentalisation. Et cette qualité du fonctionnement influe sur la tenue du corps.

La deuxième hypothèse

Comprendre le fonctionnement mental des hémodialysés est une étape capitale dans leur pronostic:

1. Dans la plupart des cas, les hémodialysés qui ont un bon fonctionnement mental, traitent et élaborent les excitations au niveau mental. Ce qui entraîne l'apparition d'une symptomatologie psychique, découlant de l'intensité d'énergie. Ou alors, si cette symptomatologie psychique existait auparavant, elle serait renforcée. Mais quand il est impossible de traiter les excitations au niveau mental, deux possibilités peuvent se présenter :

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

2. Les hémodialysés qui présentent une mauvaise mentalisation peuvent échapper aux complications par le biais d'un environnement favorable. Mais dans le cas où l'environnement est défavorable, l'hémodialysé vire facilement vers la somatisation, s'il reste exposé à des traumatismes psychiques, il atteint le mouvement de désorganisation somatique qui peut être inévitable.

3. Pour ce qui est des hémodialysés qui ont un fonctionnement mental incertain, l'apparition des complications est liée à la qualité de leur fonctionnement mental, c'est-à-dire selon la variabilité des moments. Néanmoins, cette valeur fonctionnelle se stabilise et devient équilibrée si l'environnement est favorable.

Opérationnalisation des concepts

Hémodialyse

- une technique d'épuration extra-rénale ;
- retirer du sang les déchets produits par l'alimentation ;
- éliminer le surplus d'eau.

La bonne mentalisation

- présence d'un espace psychique exploité autant qu'un champ mental qui traite les contenus fantasmatiques ;
- mouvement continu et labile entre la réalité et la vie imaginaire ;
- la présence de mécanisme de défense appartenant aux différents registres fonctionnels ;
- la souplesse dans l'utilisation des mécanismes de défense ;
- la possibilité de mobiliser une activité pulsionnelle, libidinale, et agressive ;
- la capacité de traitement des situations conflictuelles ;
- La richesse de la vie onirique ;
- Une vision optimiste vers l'avenir.

La mauvaise mentalisation

- Une carence des souvenirs ;
- Expression affective pauvre ;
- Une vision pessimiste de l'avenir ;
- Absence d'un espace psychique pour le traitement des conflits ;
- La prédominance des mécanismes de défense qui appartient à une telle entité structurale ;
- Pauvreté de la vie onirique ;
- Attachement à la réalité concrète, et factuelle ;
- Vivre un contexte actuel permanent et sous forme de vie opératoire.

La mentalisation incertaine

Dans ce type de mentalisation, les sujet traitent d'une façon non stable l'excitation, ce qui engendre une difficulté de cerner par le psychologue lui même le type mentalisation chez ces sujets, car l'irrégularité de leurs fonctionnement est patente, il varie entre la bonne mentalisation et la mauvaise mentalisation.

Partie Méthodologique

Chapitre V

Démarche de la recherche et population d'étude

Introduction

Ce chapitre méthodologique sera consacré à la présentation des différentes étapes qu'on a suivi dans notre recherche afin de mieux cerner la nature du fonctionnement mental chez les hémodialysés, et qui consistent en une pré-enquête, une démarche clinique, ainsi que les caractéristiques du choix de la population de l'étude; et les techniques utilisées, l'entretien clinique semi-directif et le test d'aperception thématique (TAT), suivie d'une partie consacrée à l'analyse de ces deux techniques.

I. Démarche de la recherche et population d'étude

1.1. La pré-enquête

La pré-enquête est une étape indispensable pour toute recherche scientifique. Cette étape nous permet d'avoir des informations sur les caractéristiques de notre population d'étude, et de maîtriser l'application de nos outils, et notamment d'apporter des modifications à notre guide d'entretien, ainsi d'élaborer nos hypothèses. Mais avant d'entamer notre recherche nous avons d'abord rencontré les directeurs des deux établissements, l'établissement publique hospitalière de Kherrata et l'hôpital de Franz Fanon à qui nous avons expliqué notre thème de recherche et la démarche que nous allons suivre.

1.2. L'enquête

Pour ce qui est de l'enquête que nous avons mené, nous avons travaillé avec des sujets différents et ce par la contre-indication d'appliquer les mêmes questions et testes aux mêmes cas rencontrés lors de la pré-enquête. Cependant on a réalisé notre recherche sur ceux qui ont donné leur consentement, pour participer à cette investigation, qui comporte un ou plusieurs entretiens clinique selon la richesse fantasmatique de chaque cas. Et une autre séance pour la passation du test projectif qui est le TAT (thématique apperception test) pour cerner le fonctionnement mental.

Le déroulement de l'entretien et la passation du test ont été effectués dans la langue maternelle du cas (langue kabyle ou arabe). 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.

1.3. La méthode clinique

L'expression de « méthode clinique en psychologie » a été utilisée pour la première fois en 1896 par L. Witmer, psychologue américain, élève de W. Wundt et successeur de J. McKeen Cattell à l'Université de Pensylvanie. Il se propose d'analyser les difficultés éprouvées et leurs causes probables en focalisant son investigation sur le domaine cognitif.

Contrairement à ce que l'étymologie pourrait laisser croire, la méthode clinique n'est pas nécessairement celle que le psychologue utilise « auprès du lit du malade ». Pour D. Lagache (l'unité de la psychologie, 1949), la psychologie clinique se spécifie par une attitude méthodologique : « Envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits, tel est résumé le programme de la psychologie clinique .» (M. Reuchlin, 1969, P. 106)

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

- **L'étude de cas**

Dans notre recherche on s'est basé sur l'étude de cas qui nous permet d'étudier et d'analyser et surtout d'observer notre population d'étude.

La notion "d'étude de cas" est au centre de la méthode clinique à tel point que certains réfutent le terme "clinique" pour toute approche qui ne se référerait pas à elle. J-L. Pardinielli, 2012, P. 64).

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe

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

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

L'étude de cas est une forme de recueil et d'intégration des données supposant que dans l'approche d'un problème l'on se fixe comme objectif de comprendre une personne et non pas seulement le problème ou le symptôme. Mais elle est aussi une construction du clinicien qui répond à certains principes. Elle se fonde sur plusieurs ordres de données: entretien, observation, informations anamnestiques... Ces données sont articulées dans un projet permettant de rendre compte de l'ensemble des phénomènes, de les nommer et de produire des hypothèses sur la genèse, la fonction et les conséquences du problème posé, sur la place qu'il occupe dans l'histoire du sujet et sur le sens qu'il lui donne. La perspective sera différente selon que l'on s'inscrit dans la logique de l'évaluation ou du diagnostic, dans celle de la thérapie, ou dans celle de démonstration théorique et de la recherche. (Op.cit., P. 65-66).

1.4. Le lieu de la recherche

Nous avons effectué notre recherche au niveau de deux services d'hémodialyse, au sein de l'établissement publique hospitalière (EPH) de Kherrata à la wilaya de Bejaia. Premièrement, l'EPH de Kherrata est situé au sud-est de la wilaya, il s'étend sur trois daïra : (Kherrata, Darguina et Souk El Tenine). Il couvre une population d'environ 136000 Habitant, occupe une superficie d'environ 485 Km², pour une capacité d'accueil de 102 lits.

Cet établissement comporte les services suivants:

- Médecine homme ;

- Médecine femme ;
- Chirurgie générale ;
- Maternité ;
- Pédiatrie ;
- Hémodialyse.

Le service d'hémodialyse est un service qui accueille des malades qui souffrent de l'insuffisance chronique et que nécessitant une ou des séances de dialyse. Ce service comprend les structures suivantes :

Bureau de consultation; Salle d'attente; Bureau de chef de service; Salle de lits qui contient 12 lits et un lit d'isolement; Bureau de maintenance; Cuisine; Chambre de garde. Concernant les personnels, on trouve: Médecin chef; Chef de service Secrétaire; Technicien de machine; Médecin de garde; Infirmiers; Psychologue.

Le deuxième est le service d'hémodialyse de l'hôpital Frantz Fanon de Bejaia, tout au long de l'année, effectue des programmes de dialyse (deux a trois fois) par semaine, ainsi que des suivies médicaux et psychologiques.

Le service d'hémodialyse de cet hôpital possède : 3 médecins spécialistes, 15 infirmiers, 2 techniciens de maintenances, 1 ingénieur de maintenance, 1 psychologue, 3 agents de service

2. la population d'étude

2.1. Sélection de notre population d'étude

Notre population de recherche comprend quatre (4) sujets que nous avons sélectionnés sur des bases précises d'homogénéité dans la mesure où notre thème concerne des patients atteints de la même maladie, notamment l'insuffisance rénale chronique terminale. Cependant, certains critères que nous avons jugés non-pertinents n'ont pas été retenus.

- **Critères d'homogénéité retenue**

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

- Pour tous les cas le diagnostique de l'insuffisance rénale chronique terminale a été prononcé.
- Tous les cas sont des sujets qui suivent le traitement par hémodialyse.
- Tous les cas n'ont pas été greffé auparavant.
- L'âge: tout les sujet sont des adultes, car à cet âge la personnalité des individus sera structuré, inamovible.
- **Critères non-pertinents de sélection**
- Le niveau socioculturel : Dans notre recherche, on n'a pas pris en considération cette dimension car l'insuffisance rénale chronique terminale est une maladie qui touche 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, hommes et femmes.
- Le début de la maladie est différent d'un sujet à un autre.

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

Cas	Sexe	âge	Niveau scolaire	Début de la maladie
Mourad	Homme	26	6 ^{ème}	2010
Makhlouf	homme	60	illettrée	2012
Hicham	Homme	61	CMP	2013
Chafia	Femme	42	DEA	2013

Le tableau ci-dessus est un tableau récapitulatif des cas étudié, englobant l'âge, la profession, la situation matrimoniale et l'année de l'apparition de la maladie. Concernant les prénoms des cas, nous avons tenu à les changer pour garder la confidentialité selon la déontologie et l'éthique de la recherche en psychologie clinique.

II. les techniques utilisées

1. L'entretien clinique

Il est souvent considéré comme la technique clinique par excellence. Il existe différentes conceptions des buts de l'entretien et de l'attitude que le psychologue doit adopter à l'égard du sujet.

La conception de l'entretien diffère d'une perspective à une autre. Au sens phénoménologique, c'est le moment où peut se produire la « rencontre » entre le psychologue et le sujet.

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens a un sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet – dans le sens, évidemment, où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique (Alain Blancher, 1997). En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. (H. Bénony, K. Chahraoui, 1999, P. 11 – 12).

Utilisé comme méthode d'observation, pour juger de la personnalité d'un sujet, ce procédé, qui fait parti de tous les examens psychologiques, facilite la synthèse des divers résultats obtenus. Il est employé couramment en psychologie clinique (il permet la solution des problèmes du patient) et a été adopté par les psychologues industriels et militaires pour sélectionner les cadres et les officiers. Il existe différentes techniques d'entretien (on questionne ou on laisse parler sans intervenir, par exemple) mais la conversation se déroule toujours dans un climat bienveillant, dans lequel le sujet peut s'exprimer librement. (N. Sillamy, 1991, P. 101).

L'entretien clinique de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de discipline dans le champ des sciences humaines

et sociales ; il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événements vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves, etc.

L'entretien de recherche s'inscrit uniquement dans l'activité de recherche du clinicien. Dans ce cas, il n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine particulier choisi par le chercheur. Il est produit à l'initiative du chercheur, contrairement à l'entretien thérapeutique où c'est le sujet qui en situation de demande. (K. Chahraoui, H. Bénony, 2003, P. 141 – 142).

On distingue trois types d'entretien, en premier lieu, on trouve l'entretien non-directif, qui est centré sur la personne. Le chercheur pose une question, une consigne de départ, soigneusement préparée et élaborée, puis il s'efface pour laisser parler le sujet. Dans ce type d'entretien, le sujet peut déborder largement par rapport au thème initial, c'est-à-dire le sujet n'est dans l'obligation de suivre un schéma stricte, mais il est libre de parler de tout ce que lui vient à l'esprit. L'entretien directif, comme deuxième type, se caractérise par la précision des réponses. L'entretien directif correspond d'avantage au questionnaire dans lequel les questions sont préparées, ordonnées et posées d'une manière hiérarchique. Les questions sont soit ouvertes et le sujet ne répond qu'à la question sans développer sa réponse, soit les questions sont fermées où le sujet doit cocher la ou les bonnes réponses. (Ibid.).

Enfin, l'entretien semi-directif, qu'on a choisi d'utiliser dans notre recherche. Ce type semble le plus adapté, car il nous permet d'élaborer des questions qui vont contribuer à la vérification de nos hypothèses.

- **Entretien clinique semi-directif**

L'entretien semi-directif, est selon C. Chilland, « 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. Chilland 1983, p. 11).

Dans ce type d'entretien, le chercheur doit préparer un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin

d'une séquence d'associations. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur ce thème sans l'interrompre. En revanche, l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien, du fait qu'un cadre et une trame sont proposés par le chercheur pour le déroulement du récit. (K. Chahraoui, H. Bénony, 2003, P. 141 – 142).

1.2. Attitude clinique du clinicien

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

- **non-directivité**

La notion d'attitude clinique est proche de la conception de la non-directivité qui peut se définir de la manière suivante:

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

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

- **Respect**

L'attitude clinique relève d'une véritable attitude déontologique et éthique. Elle implique le respect du sujet. Il s'agit naturellement du premier principe du code de déontologie des psychologues signé par les associations représentant les psychologues et enseignants-chercheurs en psychologie.

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

- **Neutralité bienveillante**

La notion de respect implique un autre élément de l'attitude clinique : la neutralité bienveillante. Le clinicien ne doit pas formuler de jugements, de critiques ou de désapprobations à l'égard du sujet. Toutefois, la neutralité n'est pas de la froideur ou de la distance mais s'associer à la bienveillance; il s'agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s'exprimer librement. (H.Bénony, Kh. Chahraoui, 1999, P.18).

- **Empathie**

Une dernière dimension de l'attitude clinique est la compréhension empathique; il s'agit de comprendre de manière exacte le monde intérieur du sujet dans une sorte d'appréhension intuitive. Selon C. Rogers, il s'agit de sentir le monde privé du client comme s'il était le votre, mais sans oublier la qualité de "comme si"... Sentir les colères, les peurs et les confusions du client comme si elles étaient les vôtres, et cependant sans que votre propre colère, peur ou confusion ne retentissent sur elles; telle est la condition que C. Rogers essaye de décrire.

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

1.3. Le guide d'entretien

Informations sur le sujet

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- quel est votre profession ?
- quel es votre situation matrimoniale ?
- avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?

Axe I : Les informations concernant l'état de santé actuelle

Dans ce premier axe on va essayer de rassembler des informations qui concernent l'état de santé actuelle de nos sujets.

- Quel est votre traitement actuel ? Et comment vous vivez cette maladie ?

- Quand vous avez reçu votre première séance d'hémodialyse ? Et comment vous avez vécu cette situation ?
- Parlez nous de votre maladie et comment elle s'est développée ?
- Quelles sont les complications de votre maladie ?
- Comment elle est la qualité de votre vie sexuelle avec votre conjoint (e) ?
- Étiez-vous hospitalisés à cause de cette maladie ? Combien de fois ?
- Comment elle était l'installation du cathéter ?
- Respectez-vous le régime prescrit ?
- Avez-vous besoin de l'aide d'une tierce personne dans votre vie ?
- Y a-t-il des personnes qui souffrent de la même maladie dans votre famille ?

Axe II : Les informations concernant l'état de santé antérieure

Dans cet axe l'intérêt sera portée sur l'état de santé qui précède cette maladie

- avez-vous souffert d'une ou des maladies (atteinte /s) dans votre enfance ?
- Est-ce que vous étiez affecté par d'autres maladies justes avant cette maladie (IRC) ?
- Avez-vous été hospitalisés à cause d'une autre maladie ?
- Avez-vous subi des interventions chirurgicales avant cette maladie ?
- Quelles étaient les conséquences de cette maladie sur votre vie ?

AXE III : Les informations qui nous aident à cerner le fonctionnement mental

Les questions posées dans ce dernier axe ont pour objet de cerner le fonctionnement mental, et déterminent le type de mentalisation chez ces patients.

- Pour vous, quelle est la cause principale d'apparition de votre maladie ?
- Comment vous avez réagit à cette maladie ?
- Est-ce que vos relations ont changées avec votre famille et collègue depuis votre maladie ?
- Quelle est la nature de relation avec votre médecin ? Et l'équipe soignante ?
- Est-ce que cette maladie a de l'influence sur votre travail ? Ou sur vos études ?

- Quelle est la personne qui vous a soutenu depuis votre maladie ?
- Quel est votre représentation sur ceux qui sont en bonne santé ?
- Est-ce que vous avez subi des chocs avant votre maladie et à quel âge (choc psychique ou physique) ?
- Pouvez-vous nous parler de vos souvenirs ?
- Parlez-nous comment il est votre sommeil avant et après la maladie ?
- Pouvez –vous nous parler de vos rêves ? Comment ils sont leurs caractéristiques ?
- Quels sont vos loisirs et vos activités ?
- Comment voyez-vous votre avenir ? Parlez-nous de vos projets ?
- Parlez nous de ce que vous voulez ?

Remarque

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

2. Le TAT

Pour notre travail de recherche nous avons choisi d'utiliser le test de TAT en se basant sur la méthode de V. Shentoub.

2.1- Histoire

Le TAT voit le jour en 1935 à la « Harvard psychological clinic » dont Murray, auteur de cette épreuve. Ce n'est qu'au 1943 que sera publiée la forme définitive de l'épreuve.

Cependant le système interprétatif de Murray apparut assez rapidement insuffisant aux psychologues américains, plusieurs psychologues viennent ainsi illustrer la remise en route d'une théorisation et d'une méthodologie propre au TAT qui soit enfin performante.

Cependant, quant à la position théorico-méthodologique de Murray qui, comme on l'a vu, était loin de donner satisfaction aux psychologues, ils opèrent par rapport à leur prédécesseurs (Murray bien sûr, mais aussi Piotrowski, Tomkins, Henry, et au moins dans une première période symonds) une véritable

conversion : décentrer l'intérêt du contenu de l'histoire, s'attacher à en travailler la forme.

C'est en s'appuyant sur les travaux de ces derniers auteurs que V. Shentoub, en France, s'intéresse au TAT dès le milieu des années 1950. Elle se préoccupe de situer l'histoire de TAT en tant que produit psychique, fidèle à la pensée de D. Lagache.

Un article de R. Schafer, paru en 1958 dans le « journal of projectives techniques » et très souvent cité par V. Shentoub, précise de manière saisissante la nouvelle attitude interprétative, soutenu au même moment à Holt (Shentoub, Rausch, 1958). Pour la première fois depuis Murray, une méthodologie propre à l'interprétation de l'histoire TAT, en différenciant celle-ci de la rêverie diurne et du rêve : produite en réponse à une exigence de l'examineur et à la présentation d'un matériel figuratif précis, c'est pour Holt avant tout un « produit cognitif » ; ou du moins elle doit l'être et témoigner ainsi de la « capacité adaptative » de son auteur et de « la neutralisation pulsionnelle » que sa production exige.

V. Shentoub semble être située d'abord dans cette mouvance, ses premiers articles (1955, 1959), sensibles à la notion de distorsion aperceptive tel que la propose Bellak (1951) et au travail de R.H. Dana (1955), se réfère à l'idée, empruntée cette fois à Symonds, d'une structure susceptible d'être mise en évidence par le TAT.

Deux instruments méthodologiques se dessinent dans cette période qui vont petit à petit s'affiner : la grille de dépouillement (encore actuellement en remaniements) et à la recherche de la réponse banale, esquisse de ce qui sera plus tard formalisé en termes de « contenu latent, contenu manifeste » de la planche (Shentoub, 1958).

1960-1969; pendant les dix années qui vont suivre, V. Shentoub met à l'épreuve cet instrument méthodologique (thème banale et feuille de dépouillement).

1971 à 1973; restait à mettre en place une théorie du « processus TAT ». Un article de 1970, écrit par V. Shentoub en collaboration avec R. Debray (1970-1971) « fondement théorique du processus TAT » puis la publication par V. Shentoub de cours dans le bulletin de psychologie, (1972, 1973) allaient répondre à cet objectif. (B. Foulard et C. Chabert, 2003, P.10).

2.2-La situation TAT

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

Contrairement au Rorschach non figuratif, le matériel TAT présente cette particularité -commune aux tests thématiques- d'être à la fois figuratif et ambigu. En ce sens il se prête à une analyse objective de type perceptif (qui conduit à la mise en place d'une description du matériel manifeste) et à une interprétation subjective, entraînant des associations d'ordre projectif (ce qui traduit les significations latentes attribuées au stimulus).

- **Matériel**

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

L'Edition originale comprenant 31 planches, nous ne retiendrons que les planches considérées comme les plus pertinentes et les plus significatives. Ce sont les planches 1, 2, 3BM, 4, 5; proposées aux garçons et aux filles, aux hommes et femmes ; 6BM, 7BM, et 8BM; proposées aux garçons et aux hommes ; 6GF, 7GF, et 9GF; proposées aux filles et aux femmes ; 10, 11, 12BG, 13B, 19, 16; proposées aux garçons et aux filles, aux hommes et aux femmes et 13MF proposée uniquement au sujet adulte, hommes et femmes.

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

Le tableau ci-dessous récapitule l'ordre de présentation des planches en fonction de sexe et de l'âge du sujet. (La passation ne comporte qu'une seule séance).

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

(V. Shentoub et coll., 1990, P. 39).

- **Les problématiques globales**

A. les problématiques œdipiennes ;

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

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

-Les planches 4, 6GF : structurer avec évidence par la différence des sexes et / ou des générations se prêtent moins aisément à des associations agressives. Cependant leur caractéristique relationnelle qui privilégie un approché duel, donne lieu à des manifestations d'angoisse parfois intenses quand le sujet a du mal à se situer par rapport à une image parentale ressentie comme dangereuse par sa puissance et sa proximité : on observe des débordements pulsionnels, des émergences des processus primaires, ou encore une inhibition invalidante qui rend compte de l'impossibilité à métaboliser les conflits. (D. Anzieu, et Coll. 2004, P. 153-154).

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

B. Les problématiques dépressives

-Les planches 3BM, 13BG, 12BG : renvoient d'emblée à une problématique de perte d'objet, quand l'accès à l'ambivalence n'a pas été possible, les sujets régressent vers une position schézo-paranoïde sens de M. Klein (planche 3BM : thèmes d'empoisonnement, de persécution) ou bien se défendent contre l'angoisse sur un mode maniaque planche 13B, non reconnaissance de dénouement de l'enfant ou de la précarité de l'environnement. Les deux planches testent la possibilité du sujet à se maintenir dans sa continuité d'être, alors que l'objet est perdu (planche 3BM) ou absent (planche 13B), quand ces conditions ne sont pas remplies, ces planches donnent lieu à des thèmes de destruction (planche 3BM), à des représentations et/ ou à des défenses massives (planche 13B, abondons, dénouement extrême ou déni de l'angoisse et de la dépression). (D. Anzieu et Coll. 2004, P. 154, 155).

C. Les problématiques prégénitales

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

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

-Planche 16 : renvoie à la manière dont le sujet structure ses objets privilégiés et aux relations qu'il établit avec eux. Par ailleurs la dimension

transférentielle de la situation est intensifiée dans la mesure où le matériel n'est pas figuratif, et où il s'agit de la dernière planche proposée

- **Consigne**

La consigne « Imaginez une histoire à partir de la planche » est donnée au départ et n'est pas répétée. A l'inverse de la méthode de H. Murray, il n'y a pas d'enquête sur chaque planche à la fin de la passation mais, au cours de la passation, face à un sujet très inhibé et/ou chez qui le malaise est grand, des questions peuvent être posées. Il s'agira alors d'évaluer la valeur trophique de ces questions : servent-elles d'échafaudage et de soutien en permettant une remontée avec la poursuite de récit ? renforcent-elles le poids des défenses du sujet ou bien encore sont-elles ressenties comme une intrusion et en faisant effraction précipitent-elles le sujet vers une désorganisation encore plus importante ?.

La consigne proposée est conflictuelle, elle implique deux mouvements contradictoires : raconter à partir d'une perception partageable, que V Shentoub appelle le contenu manifeste de la planche, les éléments de la planche sont suffisamment triviaux pour qu'il se fasse à leur sujet un certain accord, un récit cohérent et transmissible à autrui ; mais dans le même temps, l'investissement du fantasme qu'appelle l'évocation d'un « imaginer » entraîne pour le sujet l'acceptation du « laisser aller » et une certaine régression formelle de la pensée. La menace du débordement par les charges affectives mises en mouvement se fait plus présente. Si le réinvestissement de la fantasmagorie individuelle, élaboré autour de fantasme originaire partagé par tous, appelle un fonctionnement selon le principe de plaisir, « le contenu manifeste fixe les limites à la fantaisie en faisant appel au principe de réalité ».

Nous avons tenu à énoncer la consigne pour les sujets traduite dans leurs langues maternelles, respectant toujours l'évocation des deux pôles de la consigne originale, on fait appel à l'imaginaire et les fantasmes en mettant en relation avec la perception de contenu des planches présentées. On explique aux patients la situation de test, disant qu'il s'agit d'une série de photos qu'on va présenter l'une après l'autre, avec un ordre bien déterminé, demandant qu'elle racontent une histoire pour chacune, arrivant à la dernière, dans la planche 16, selon V. Shentoub, on propose une autre consigne disant « **dans cette planche vous me racontez ce que vous voulez** ».

- **Temps**

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

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

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

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

III- l'analyse des techniques utilisées

1. L'analyse de l'entretien clinique

I. la santé physique

1-la santé antérieure du patient (enfance) avant sa maladie

2-Le facteur héréditaire et les complications de la maladie

3-Relation entre les événements traumatisants, quelques maladies et complications.

II. Les caractéristiques du fonctionnement mental

1-La vie relationnelle; (la vie familiale, socioprofessionnelle et avec l'équipe soignante...)

2-Les événements importants dans la vie du patient.

3-La vie sexuelle du patient.

4-Les caractéristiques de la vie onirique.

5-La capacité d'exprimer et d'association concernant les souvenirs, et les projets d'avenirs.

2. L'analyse du test de TAT

Les différents procédés d'élaboration du discours ont été recensés grâce à l'établissement d'une grille d'analyse appelée feuille de dépouillement. Cette feuille sert de grille de référence pour apprécier et coter les particularités de Construction de chacune des histoires. Devisées en quatre grandes catégories de procédées.

2.1. Les mécanismes de défense

Selon V. Shentoub, le TAT est utilisé dans une perspective clinique et dynamique, la méthode d'analyse repose sur l'étude des procédés mis en oeuvre dans l'élaboration des récits. Celle-ci est facilitée par l'utilisation de la feuille de dépouillement du TAT qui énonce et regroupe les principales catégories de procédés. L'activité défensive existe dans toute organisation psychique qu'elle soit normale ou pathologique. Cette étape consiste à une analyse planche par planche (en référence au contenu latent du matérielle).

- Série « A » et « B »

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

Dans la série « A » est pris en charge par la pensée porteuse de l'expression du désir et de la défense, dans la série « B » par la mise en scène

des relations interpersonnelles qui viennent figurer l'affrontement entre les instances.

- **La Série « C »**

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

-Les procédés de la série « C/P » : ils relèvent plus spécifiquement d'aménagement phobique dans lesquels dominent l'évitement et la fuite. Leur Association avec des procédés de la série « A » et « B », signe la nature névrotique de conflit.

-Les procédés de la série « C/N » : ils ont été dégagés par F. Brolet (1981,1983) au cours d'une étude sur les personnalités considérés comme « personnalité a trait narcissique grave » et développés dans son ouvrage le TAT fantasme et situation projective. Cette série de procédés renvoie à la modalité narcissique du fonctionnement psychique et plus particulièrement au surinvestissement de la polarité narcissique du fantasme.

-Les procédés de la série « C/M » : ils renvoient au mécanisme de type maniaque pris au sens kleinien de lutte antidépressive. Certains cherchent à évacuer les représentations et les affectes dépressifs.

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

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

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

- La série « E »

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

La présence de mécanisme de la série « E » en petite quantité est attendue au TAT : leur apparition met alors l'accent sur une certaine perméabilité des instances et une souplesse qui autorisent l'irruption et la circulation de fantasmes et / ou d'affects plus massifs sans que pour autant le sujet en soit complètement désorganisé. On distingue dans cette série des procédés qui traduisent :

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

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

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

2.2. La lisibilité

Dans cette phase, on effectue pour chacune des planches, une évaluation de la lisibilité, et de la problématique.

2.1. Procédés présents

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

2.2. 1. Évaluation des modalités de fonctionnement mental

- **Type 1 (lisibilité +)**
- Procédés souples et variés (« mixte »).
- Présence des facteurs A1 et B1.
- Affects nuancés.

- Histoires structurées.
- Résonance fantasmatique.

- **Type 2° lisibilités (±)**
- Prédominance des facteurs A2
- Et/ou B2
- Et/ou C
- Et/ou D.
- Production altéré par les mécanismes mis en oeuvre permettant un dégagement partiel (impact fantasmatique sous- jacent).

- **Type 3° (lisibilité –)**
- Prédominance des facteurs E et C et D
- Défenses massives, affects massifs, (envahissement par les fantasmes sous-jacents).

2.3. L'opérationnalisation de la mentalisation à travers le TAT

À partir de la revue de la littérature de P. Marty et V. Shentoub, notamment dans ses travaux effectués en collaboration avec Debray R., on a pu opérationnaliser les différents types de mentalisation comme suit :

a. Les névroses bien mentalisés (+).

- Une bonne lisibilité (+).
- Compromis entre principe de plaisir et le principe de réalité, aller et retour entre les désirs et les défenses.
- L'intégration sensorielle et la vie pulsionnelle (libidinal et/ou agressive), pour que les sensations soient associées à des représentations intérieures.
- Compromis défensif des conflits stimulé par les planches qui mènent à les traiter.
- L'histoire doit être bien construite, (efficience des processus secondaires).
- La variété des procédés utilisé qui se caractérise par la labilité qui aident le sujet à avancer le récit.
- La présence de résonance fantasmatique en relation avec le contenu latent des planches.
- Traitement de toutes les situations présentées par chaque planche.

- La possibilité de reconnaissance des personnages et la présence des identifications.

b. Les névroses mal mentalisé (névrose de comportement)

- Mauvaise lisibilité (-).
- Refus de certaines planches donc certaines situations.
- Manque des mécanismes de défense rigide et labile.
- La domination des mécanismes liés au concret des planches (banalisation, socialisation, placage).
- La domination des mécanismes d'inhibition.
- Insister sur le factuel et l'actuel.
- Critique de situations ou la planche.
- L'absence des réponses sensorielles et même si elles sont abordées restent au niveau d'affect de circonstance.
- Anonymat des personnages.
- L'absence des conflits et leurs traitements.
- Difficulté dans le traitement des situations dépressives - les possibilités d'être seules ou non- où leurs refus pour les planches (13B, 3BM, 1).
- La construction générale de l'histoire ne symbolise aucune résonance fantasmatique.

c. Les névroses à mentalisation incertaines

- Lisibilité \pm .
- Différence des procédés d'une situation à une autre, qui ne nous permet pas nous psychologues après l'analyse du protocole de supposer l'hypothèse du fonctionnement mental du patient, car il n'appartient ni aux névroses à bonne mentalisation, ni aux névroses de mauvaise mentalisation, donc appartient aux névroses à mentalisation incertaine, on souligne, cependant, l'irrégularité patente du fonctionnement mental qui ne nous permet pas d'identifier les procédés les plus utilisés.

On constate aussi cette mentalisation incertaine dans le TAT ; entre une planche et une autre il y a une différence dans la production, dont une est restreinte et l'autre abondante, ou entre quelques planches qui se caractérisent globalement par la tendance générale à la restriction, par contre les autres sont plus élaborées.

Alors l'hypothèse du fonctionnement mental est celle d'une névrose à mentalisation incertaine.

3. Analyse du cas

L'analyse du protocole du TAT d'un cas clinique comporte les éléments suivants;

- Regroupement des procédés sur la feuille de dépouillement.
- Lisibilité et problématique.
- Hypothèses concernant l'organisation psychique.

Conclusion

Le chapitre méthodologique est la base principale sur laquelle se construit une étude empirique. Il n'ya pas de travail scientifique possible sans méthode. La méthodologie permet un bon usage des techniques d'investigations choisies, et une rigueur dans l'analyse des données recueillies et d'assurer une bonne organisation et planification de cette recherche sur « le fonctionnement mental des hémodialysés » a fin de vérifier les hypothèses qu'on a élaboré au début de notre recherche.

Partie Pratique

Chapitre VI

Présentation et analyse des résultats

Cas Mourad

Mourad âgé de 26 ans, célibataire, d'une taille moyenne, brun, yeux marron et cheveux noirs. Il est l'aîné d'une fratrie de six enfants, d'un niveau d'instruction faible, 6^{ème} année primaire, il était maçon. Suite à sa maladie, il a quitté son travail.

1. L'analyse de l'entretien clinique

I. La santé physique

1. La santé antérieure du patient (enfance) avant sa maladie

Dans les antécédents médicaux de Mourad, on a trouvé aucune maladie connue jusqu'à l'année de 2010, où il a contracté une hypertension artérielle, qui a entraîné une hémiplégié de la main et l'œil droit; ce qui a nécessité une hospitalisation de deux mois. À ce moment là, les médecins ont diagnostiqués son insuffisance rénale chronique au stade terminale, il déclare; "j'ai contracté une hypertension artérielle qui a touché mon œil droit, et même ma main droite, au point de ne pas arriver à faire un geste, pour cela, j'étais hospitalisé pendant deux mois, où les médecins ont diagnostiqué ma maladie actuelle ".⁽¹⁾ a cela s'ajoute un trouble de sommeil qu'il présente dès son jeune âge, le somnambulisme.

2. Le facteur héréditaire et les complications de la maladie

On a constaté que son insuffisance rénale n'est pas héréditaire, aucune personne de sa famille n'est atteinte par cette maladie. Le patient s'est décrit que depuis sa maladie, il ressent toujours une fatigue et souffre d'insomnies, de stress et d'anxiété, pour cela, il est sous traitement anxiolytique, il déclare; "j'ai des insomnies, et je suis toujours stressé, et pour cela que je prends un médicament pour m'endormir. Sans traitement, je ne dors pas"⁽²⁾.

ثطفيي لاطونضبون ف ثطبو واحي ذفسبو نيفوس، ثطبو أولزر غني سياس، وافوسبو أو ثنحر كغني(1)

اولتطصغني، تقلق، المي اسنيغ اطبيب اتكفيذ دوا ندام، ثورا مخطا كتيل، اولتطصغني(2)

3. Relation entre les événements traumatisants, quelques maladies et complications

Suite à notre entretien avec Mourad, on a déduit que son insuffisance rénale s'est déclarée suite à un événement traumatique qu'il a vécu à l'âge de 17 ans, quand il a perdu sa mère, décédée suite une maladie. Cette perte objectale a engendré chez Mourad une dépression réactionnelle, où il a souffert d'une angoisse d'abondant dont sa mère représente pour lui un support d'étayage ; il souligne: " après la mort de ma mère, j'ai senti un grand vide, et j'ai senti que je dois me débrouiller seul"⁽¹⁾. Mais qu'il a aussi subi d'autres chocs dans sa vie, à l'âge de 12 ans, son père lui a imposé de quitter l'école pour aller travailler, il déclare:" le jour où j'ai quitté l'école, j'ai senti comme si j'ai perdu quelque chose d'incalculable".⁽²⁾ A cela s'ajoute des conflits familiaux liés à leur situation financière et sa mésentente avec son père, jusqu'à se sentir que son père le persécute.

II. Les caractéristiques du fonctionnement mental

1. La vie relationnelle; (la vie familiale, socioprofessionnelle et avec l'équipe soignante....)

Durant l'entretien, Mourad nous a révélé une mésentente avec son père, jusqu'à se sentir que son père le persécute, cette mésentente et ces sentiments de rivalité et de persécution dévoilent les traces du complexe d'Œdipe et du symbolisme de castration, il déclare, "depuis ma petite enfance, mon père me persécute, il m'oblige à travailler, et ne me laisse jamais la chance de vivre mon enfance comme mes pairs"⁽³⁾. Concernant ses frères, il s'entend bien avec eux.

Mourad souligne que depuis sa maladie, sa relation avec ses amis, elle s'est beaucoup améliorée en disant ont changé positivement, il déclare; "depuis que j'e suis tombé malade, mes amis me soutiennent et me rendent des services plus qu'avant"⁽⁴⁾. En revanche, il révèle une certaine sous-estime de soi à cause du cathéter installé dans sa main, exprimée par son comportement d'investissement de sa tenue vestimentaire afin de dissimuler l'apparence du cathéter, Il déclare; " je prends toujours des vêtements larges et longs, pour éviter les questions curieuses des gens à propos de ma main"⁽¹⁾.

(1) أسن متسحبسيذ بابا سفقرا سحسغ أموين اصرحن لحجة الان تغلاي ماطي ماطي(1)

(2) أسن مثموت اما سحسغ يلال لفيد دامقران، اسن اعلماغ بلي لازم اطهليغ فمانيو او حذي

(3) سقمي ليغ دامزيان بابا احقريي، اسخذامي ذيما، ارنا اقطعيي اعشاغ تمزييو أمثزياو(3)

(4) سقمي هلكاغ امدوكاليو قلند تقدرني، تعاوني كثر وماك اتوغ(4)

Enfin Mourad souligne que ses relations avec l'équipe soignante se caractérisent par une considération mutuelle.

2. Les événements importants dans la vie du patient

Mourad a vécu des événements, malheureux, qui ont marqués sa vie, dont la perte de sa mère qui l'a beaucoup affectée, le jour où il a été obligé de quitter l'école, ainsi que le jour où il s'est rendu compte de sa maladie et sa connaissance de sa chronicité de sa maladie, où il a perdu son autonomie. Il déclare: "au début j'ai accepté ma maladie, car je la voyais comme tout autre maladie, mais le jour où je me suis rendu compte de sa chronicité, j'ai senti que c'est fini"⁽²⁾.

3. La vie sexuelle du patient

Concernant sa sexualité, Mourad n'est pas marié, par contre il affirme que rien n'a été changé dans sa vie et qu'il a toujours des désirs sexuels.

4. Les caractéristiques de la vie onirique

Durant l'entretien, Mourad a révélé qu'il rêve souvent, et ces rêves sont répétitifs et portent sur des thèmes sexuels, de persécution ; il déclare: " je rêve que j'accomplis un rapport sexuel avec une fille, ou que quelqu'un cour derrière moi pour me rattraper, et dès fois, je rêve que je suis hors de la maison, et je sens du froid"⁽³⁾, on peut donc dire que ses rêves sont qualifiés également de rêves crus qui, en général, "semblent exposer une image de l'inconscient refoulé du sujet et qui ne sont pas rares chez les malades somatiques mal mentalisés". (Marty P., 1984, p.1150-1152).

5. La capacité d'exprimer et d'association concernant les souvenirs, et les projets d'avenir

Mourad a évoqué ses mauvais souvenirs concernant sa rupture avec l'école, la mort de sa mère et sa maladie. En suite il a évoqué comme bon souvenir les moments où il a pratiqué du sport et possède un bon corps.

En ce qui concerne ses projets d'avenir, il souhaite avoir une maison, une voiture, et fonder un foyer.

Conclusion des données de l'entretien

Par rapport à la santé antérieure et actuelle de notre patient, Mourad ne présente aucune maladie auparavant, on a déduit qu'il a contracté l'insuffisance rénale chronique en 2010, suite à une hypertension artérielle. Aussi, il est souvent

fatigué, et il souffre d'une hypertension artérielle, dont l'ensemble s'enregistre parmi les complications de sa maladie.

Quant aux caractéristiques de fonctionnement mental, pour ses souvenirs Mourad a révélé une difficulté à les évoquer, il nous a évoqué ses mauvais souvenirs concernant sa rupture avec l'école, la mort de sa mère et sa maladie (IRC). En suite il a évoqué comme bon souvenir les moments où il pratiqué du sport et possède un bon corps. On ce qui concerne la vie onirique, le patient présente des rêves crus. Concernant le contenu de l'entretien les réponses étaient très courtes, donc Mourad est doté d'une mauvaise mentalisation

2. L'analyse du test " TAT "

Planche 1

"17...أثان اتخميم فطارييد، فكمنييد...نيغ ألفهمني داشو ذلموستقياذ نيغ ألفهمني أولما ذاقا أمالك ذتعلم
زياس... 1'.11"

Les procédés : temps long et/ ou silences importants intra-récit (CP-1); Accent portée sur les conflits intra-personnels (A2-17); Description avec attachement aux détails 'dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures (A2-1); temps long et/ ou silences importants intra-récit (CP-1); Détails narcissiques. Idéalisation de soi (CN-10) ; temps long et/ ou silences importants intra-récit (CP-1);Tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité: type 2(±)

Problématique: la problématique de la situation d'immaturité fonctionnelle devant l'objet d'adulte est perçue par le patient, mais n'est pas élaborée car le patient a fait recours à des procédés d'évitement de conflit avec la tendance générale à la restriction.

Planche 2

"7...ثها أشو ذكتانيغ، تامطوث ثقرا، تندا إةcole، ثايط تامطوث ثتعوان أرفازيس فزراع
ايرذن...إزرع إرذن سطريرة نبكري، أجازون، أصغار... 1'.23"

Procédés : temps long et/ ou silences importants intra-récit (CP-1);Accent porté sur le faire (CF-3) ; Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet (CM-1) ; temps long et/ ou silences importants intra- récit (CP-1) ; Idéalisation de l'objet (de la valence positive ou négative) (CM-2) ; Accrochage au contenu manifeste (CF-1) ; temps long et/ou silences importants intra-récit(CP-1).

Lisibilité: type 2(±)

Problématique: la problématique œdipienne est perçue, mais n'est pas élaborée car le patient a fait recours à des procédés d'évitement de conflit.

Planche 3 BM

10'...ثها گرا اوتفهيماغ داشواخدام واي ، اقيم ذابن، اطاس، اغليذ سفكنبييس اطاس قلقاع...
33"

Procédés : Tli long et/ou silences importants intra-récit (CP-1) ; Critiques de soi (CN-9) ; Accrochage au contenu manifeste (CF-1); Perception de détails rares et/ou bizarres (E2); temps long et/ou silences importantes intra-récit (CP-1) ;
Tendance générale à la restriction (CP-2)

Lisibilité: type 2 (±)

Problématique: la problématique dépressive n'est pas perçue, ni élaborée car le patient fait recours aux procédés d'évitement du conflit, avec tendance générale à la restriction.

Planche 4

1" ثايي، أرفاز تمطوئيس أهناين نوغن، أولمسفهمني فراسن، أرفاز أثنان اقرا أذروح، تمطوئيس تثحوليث، تقاراس شرع الله ارجا أنمسفهام، وذبي أرفازيس اديقوتي زياس، تمطوئيس تثخليث. 35 .

Procédés : Accent porté sur les relations interpersonnelles. Récit en dialogue (B2-3); Représentation contrastées. Alternance entre des états émotionnels opposés (B2-6) ; Accent porté sur les relations interpersonnelles. Récit en dialogue (B2-3) ; Remâchage, rumination (A2-8) ; Tendance générale à la restriction (CP-2)

Lisibilité: type 2 (±)

Problématique: la problématique conflictuelle du couple est perçue mais peu élaboré, à cause de la tendance générale à la restriction, utilisé par le patient.

Planche 5

2" ثها تمغارث تسجباذ ايسميس، اثخامت نميس، تسجباذ فلاس بلاك ملا اقرا نيغ اطاس، ذها أثنان نزر طابلة، ذلبيروبييس، ثغل ذلبureau... 40"

Procédés : Craquées verbales (troubles de la syntaxe) (E1-7); Introduction de personnage non figures sur l'image (B1-2) ; Hésitations entre interprétations par ces détails (A2-6); Accrochage au contenu manifestes (CF-1) ; temps long et/ou silences importants intra-récit (CP-1) ; Tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité: type 2(±)

Problématique: la problématique de l'image maternelle surmoïque est perçue mais peu développée par le patient vu son recours aux procédés d'évitement du conflit, tendance générale à la restriction.

Planche 6 BM

"8...ثا أرفاز ذيماس نوغن، نوغن بلاك فلحوايح أنكا لمشاكل نوخام، أولمسفهمنني، أرفاز ابان افقاع، ماذماس تخزار ستيقا، اثن تخزار سقطاع... 51"

Procédés : temps long et/ou silences importants intra-récit (CP-1) ; Accent porté sur les relations intra-personnelles. Récit en dialogue (B2-3); Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative) (CM-2); Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel) (CN-1); Insistance sur le repérage des limites et des contours (CN-6) ; Accrochage au contenu manifeste (CF-1); temps long et/ou silences importants intra-récit (CP-1) Tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité: type 2(±)

Problématique: le patient a perçu la relation entre la femme et son fils, mais il n'a pas pu élaborer le rapprochement œdipien à cause de son recours aux procédés d'évitement du conflit, avec tendance générale à la restriction.

Planche 7 BM

"12...ويا باباس زميس أگنان تمسيفهمان، هدران فراسن. ويا tranquille ويا، وهيا ماتشي أمويداڠ نلنني، وهيا تمسيفهمان فراسن... 1'5"

Procédés : Temps long et/o silences importants intra-récit (CP-1); Accent porté sur les relations intra-personnelles .Récit en dialogue (B2-3); Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel) (CN-1); Persévération (E10); Remâchage, rumination (A2-8); temps long et/ou silences importants intra-récit (CP-1)

Lisibilité: type 2 (±)

Problématique: le sujet a perçu la relation parentale mais peu élaboré car le patient a fait recours aux procédés d'évitement du conflit

Planche 8BM

"7...ثها، ثها نبكري، ثمكالت، لمجاهدين، ادوييت، وها est blessé ويط ادوايين... 43"

Procédés : temps long et/ou silences importants intra-récit (CP-1);Recours à des références littéraires culturelles, au rêve (A1-2); Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués) (A2-1);Élément de type formation réactionnelle (propreté, ordre, aide, devoir économie, etc.) (A2-10);Confusion des identités (télescopage des rôles) (E11); temps long et/ou silences importants intra-récit (CP-1);Scotomes d'objets manifestes (E1).

Lisibilité: type 3(-)

Problématique: La problématique de l'agressivité est perçue mais n'est pas traitée à cause des procédés d'évitement du conflit et de scotome d'objet manifeste.

Planche 10

"6'...ثايي أرفاز تمطوثيس أثناين تعاشن قصة حب... احضنيت... 32"

Procédés : temps long et/ou silences importants intra-récit (CP-1);Érotisation des relations prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent (B2-9); temps long et/ou silences importants intra-récit (CP-1);Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus (B1-4); temps long et/ou silences importants intra-récit (CP-1);Tendance générale à la restriction (CP-2)

Lisibilité: lisibilité type 2(±)

Problématique: La problématique libidinale était traitée dans une relation duelle homme et son conjoint, mais peu élaboré car le patient a fait recours aux procédés d'évitement du conflit avec tendance générale à la restriction.

Planche 11

"16...والو، ما فهمت فيها والو... ما فهمتش... 49"

Procédés : Critiques de soi (CN9) (refus)

Lisibilité: type 3(-)

Procédés : temps et/ou silences importants intra-récit long (CP-1); Critiques de soi (CN-9); Accrochage au contenu manifestes (CF-1); temps et/ou silences importants intra-récit long (CP-1); Tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité: lisibilité type 2(±)

Problématique: la problématique dans le couple n'est ni perçue ni traitée car le patient fait recours aux procédés d'évitement du conflit avec tendance générale à la restriction.

Planche 19

3" أيا ذلقبطان، وايي ذلقبطان، تفلوكت، نيغ آ... 35"

Procédés : Perception d'objet rares et/ou bizarres (E-2) ; Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués) (A2-1); Craquées verbales (troubles de syntaxe) (E-17); temps et/ou silences importants intra-récit long (CP-1); Tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité: lisibilité type 3(-)

Problématique: la problématique prégénitale n'est pas perçue ni élaborée a cause de la tendance générale à la restriction.

Planche 16

7" ...ثطيارث، لغاشي ركبان، ثطيارين نيطان ثما ثما زئس، bien ، لكيران، لغاشي، شعب، ثيفالزين، كلش، ثطيارين تفيانت قلها... c'est bon 40"

Procédés : temps et/ou silences importants intra-récit long (CP-1); Introduction de personnage non figurant sur l'image (B1-2); Affect-titre (CN-3); Vague, indétermination, flou du discours (E20) ; temps et/ou silences importants intra-récit long (CP-1).

Lisibilité: lisibilité type 2 (±)

Problématique: le patient n'a pas pu organiser ses objets privilèges, à cause d'un silence importants intra-récit long, car il fait recours aux procédés d'évitement du conflit.

2.1. Les mécanismes de défense à partir du TAT

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

Le patient a traité la plus part des planches du TAT, avec restriction, et en note aussi la présence de la tendance refus pour certains planches, 19, 11, 10, on note aussi la présence de la tendance refus pour la planche prégénitale (archaïque) PL11, par contre à la planche 16, il n'a pas pu organiser ses objets privilégiés. Mais en remarque qu'elle a avancé beaucoup de tendance générale à la restriction (C/P-2), et aussi les procédés de silence important intra-récit (CP-1).

- **Les procédés utilisés**

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

On remarque la dominance des mécanismes d'évitement du conflit avec un pourcentage de 67,04%, dont on souligne la présence des procédés phobique ; par le temps de latence initial long et/ou silences important intra-récit, avec la tendance générale à la restriction.

Le registre de contrôle était dans la deuxième position avec un pourcentage de 12,50 %, à savoir des procédés de rigidité.

Dans la troisième position, on trouve la présence des procédés de type labile, et les procédés d'émergences des processus primaires, avec un même pourcentage de 10,22%.

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

2.3. Les Problématiques globales

a. La problématique œdipienne

Dans la planche 1 le patient a pas perçue, la problématique d'immaturation fonctionnelle, mais peu élaborée à cause d'utilisation des mécanismes d'évitement du conflit, dans la planche 2 la problématique de la triangulation œdipienne est perçue, mais n'est pas élaborer par le sujet. Dans la planche 4 la

problématique dépressive est perçue et élaborer par le patient, Dans la planche 10 la problématique qui renvoie à l'expression libidinale au niveau du couple est perçue, et peu élaborer en raison d'une tendance générale à la restriction.

b. La problématique dépressive

Dans la planche 3BM la problématique dépressive n'est pas perçue, ni élaborée car le patient fait recours aux procédés d'évitement du conflit, avec tendance générale à la restriction, et dans la 12BG, 13B la problématique dépressif est perçue, mais pas traitée par le sujet à cause des mécanismes d'évitement du conflit, et la 13B la problématique dépressif est perçue, mais peu élaborer à cause des tendances générale à la restriction.

c. La problématique archaïque

Dans la PL11, la problématique n'est pas perçue ni traitée à cause de la tendance au refus, de même pour la planche PL19 dans laquelle Mourad n'a ni perçue ni élaborée le contenu latent de la planche, à cause d'une tendance refus.

Conclusion des données de TAT

L'analyse du protocole, nous montre que la patiente mobilise les mécanismes d'évitement du conflit au premiers plan, avec la prédominance des procédés de temps de latence long, des tendances générale à la restriction, et en deuxième plan, les procédés du contrôle, par la dominance du procédé d'hésitation entre interprétions différentes, quant au troisième plan, on trouve les procédés labile et les procédés d'émergence en processus primaire, avec un même pourcentage. La plupart des problématiques sont perçues mais ne sont pas traités, car le patient a fait recours à l'évitement du conflit avec tendance générale à la restriction. D'après l'analyse de ses procédés on souligne que le patient est doté d'une mentalisation incertaine.

Résumé du cas

Concernant, l'hypothèse du fonctionnement mental, Mourad, est doté d'une mentalisation incertaine, premièrement apparu au cours du contenu de son entretien, il a utilisé les mécanismes de tendance générale à la restriction, et un temps de latence long. Deuxièmement, cette hypothèse du fonctionnement mental est confirmée par le test TAT, on remarque que les procédés d'évitement du conflit occupent la première position, la deuxième place, on trouve la série A

le contrôle, et la série B labile et E les procédés d'émergences en processus primaire en dernière position.

D'après les données de l'entretien et du test projectif le TAT, notre hypothèse du fonctionnement mental est confirmée, Mourad est doté d'une mentalisation incertaine.

On note que l'environnement familial de Mourad est défavorable, il ne s'entend pas avec les membres de sa famille, mais l'environnement extérieur, notamment ses amis qui est d'une connotation positive lui procure un certain équilibre.

Le tableau n° 1 représente l'évaluation quantitative des procédés présents

A	B	C					E
		P	N	M	C	F	
A1.2=1 A2.1=3 A2.6=1 A2.8=3 A2.10=1 A2.17=2	B1.2=2 B1.4=1 B2.3=4 B2.6=1 B2.9=1	C/P1=28 C/P2=10	C/N1=3 C/N3=1 C/N5=1 C/N6=1 C/N9=3 C/N10=1	C/M1=1 C/M2=3		C/F1=6 C/F3=1	E1=1 E2=2 E9=1 E10=1 E11=1 E17=2 E20=1
$\Sigma A=11$ A% 12.5	$\Sigma B=9$ B% 10.22	$\Sigma C/P=38$	$\Sigma C/N=10$	$\Sigma C/M=4$	$\Sigma C/C=0$	$\Sigma C/F=7$	$\Sigma E=9$ E% 10.22
		$\Sigma C=59$ C%67.04					
$\Sigma=88$ 100%							

Cas Makhoulf

Makhoulf, âgé de 42 ans, célibataire, aîné d'une fratrie de quatre enfants, deux garçons et une fille, issu d'une famille de classe moyenne. Son niveau d'instruction est supérieur, diplômé de (DEA) en chimie industrielle, il était manoeuvre, mais depuis son atteinte par l'insuffisance rénale, il a cessé de travailler. Actuellement Makhoulf vit seul dans une auberge de jeunes.

1. L'analyse de l'entretien clinique

I. La santé physique

1- La santé précédente (l'enfance et l'adolescence) et actuelle

Les antécédents médicaux du patient, ne font d'aucune maladie ni d'intervention chirurgicale ni d'hospitalisation, à part des maux de tête, des malaises d'estomac ou des odontalgies, en 2013 Makhoulf était atteint d'insuffisance rénale chronique, il était hospitalisé deux fois au service de néphrologie.

2- Le facteur héréditaire et complications de la maladie

En ce qu'il s'agit de facteur héréditaire, déclare t-il que c'est le seul dans sa famille qui est atteint de cette maladie.

Au début de l'insuffisance rénale, afin de pouvoir effectuer les séances d'hémodialyse, Makhoulf a beaucoup souffert, durant trois mois, quand il a subi l'intervention pour placer le cathéter, à l'exception de cet évènement, Makhoulf s'est adapté à sa nouvelle situation. Par contre, on souligne la présence de quelques complications comme la fatigue fréquente, des maux de tête, des

Pour les passages de l'entretien exprimés par makhoulf, ils ne sont pas traduits en kabyle par ce qu'il s'est exprimé d'emblée de langue française.

vomissements et des douleurs musculaires, plus précisément dans le bras où il insert sa fistule.

3- La relation entre les évènements traumatisants et quelques maladies et complication

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

II. Les caractéristiques du fonctionnement mental

1- La vie relationnelle ; (vie familiale, socioprofessionnelle et avec l'équipe soignante...)

La vie familiale de Makhlouf semble très discrète et difficile à décrire, du fait que le patient était réservé par rapport à la question qu'on lui a posé, en essayant de sa part d'éviter toutes explications. Il semble très soucieux envers son entourage, il n'entretenait pas de bonnes relations avec sa famille. D'ailleurs, il est en désaccord total avec eux, ce qui explique son évitement et son isolement, en disant ; « ils m'ont laissé tout seul, je comptais beaucoup sur eux, à la fin du compte ils m'ont tourné le dos ». A partir de cette expression, Makhlouf a besoin de s'étayer sur sa famille. En revanche, la seule personne, dont Makhlouf s'étaye et lui inspire confiance, sa sœur qui l'aide financièrement, il lui rend visite de temps à autre. Malgré cette réticence au cours de l'entretien, on a essayé de récapituler quelques réclamations à travers ses dires, Makhlouf a dit ; « Il y'a peu de mes amis qui savent que je suis malade... », « ...Ma famille est illettrée, ils ne savent même pas ce que signifie ma maladie,...Et en plus si je leur raconte, ils vont se moquer de moi.... ».

Le mécanisme d'évitement s'est accentué par la décision de Makhlouf de quitter sa demeure pour s'engager dans la marine, en disant ; « D'ailleurs avant ma maladie j'ai essayé de m'engager dans la marine afin de les fuir ». Ajoutant que la majorité de ses amis ignorent sa maladie.

Makhlouf a le même comportement avec les médecins et l'équipe soignante, à part son estime à quelques uns, il se plaint du reste et prétend qu'ils sont injustes, du fait qu'il réclame une troisième séance de dialyse, par contre, son médecin lui prescrit que deux. En outre, il n'accroche pas beaucoup d'importance à sa relation avec les autres, son seul souci est de prendre son traitement et de quitter aussi vite l'hôpital.

2- Les évènements importants dans la vie du patient

Au cours de l'entretien, avant d'être en insuffisance rénale chronique, le patient nous a avoué qu'il a vécu une période très dure dans son entourage, séparé avec sa famille depuis une longue période, Makhlouf est resté à la résidence universitaire afin d'y trouver refuge. En plus, sa séparation avec ses amis, avec lesquels il a passé le cursus, qui ont tous quitté l'université afin de rejoindre leur milieu professionnel, mais par contre, lui il n'a pas eu cette opportunité, à cause d'énormes problèmes. Il paraît que Makhlouf s'est disputé avec ses parents, ce qui a causé une rupture. Notamment, il est très déçu et touché par sa séparation avec sa mère, qu'il aimait beaucoup. Pour ses frères, ils les détestent à cause de leur moquerie et de leur marginalisation, ce qui a provoqué chez lui un sentiment d'infériorité et une estime de soi négative.

3- La vie sexuelle

Makhlouf a hésité de répondre à notre question, il a présenté une certaine timidité pour aborder ce sujet, après un temps de silence, il a dit ; «Je ne sais pas ? Quand j'étais à l'université....la société ne permet pas ça.....ma situation me permet pas ça....c'est du luxe....j'évite ». On a constaté que Makhlouf n'a pas eu beaucoup d'aventures en ce qui concerne les relations sexuelles ou peut être même jamais, et d'après ses dires, la prédominance de la censure du surmoi comme instance opérationnelle apparaît bien claire. Cependant, Makhlouf s'est référé aux tabous et aux interdictions sociales.

4- Les caractéristiques de la vie onirique

La vie onirique du patient, est très pauvre, il déclare qu'il ne croit pas aux rêves, et ne leur donne pas d'importance, en disant ; « avant je ne dormais pas par rapport au stress du chômage et de famille, mais maintenant avec le traitement je dors comme un bébé, mon souci c'est ma maladie....l'essentiel que je prends mes médicaments et d'être à l'aise ».

5- La capacité d'exprimer et d'association concernant les souvenirs, et les projets d'avenir

Makhlouf a manifesté des difficultés pour répondre à nos questions concernant ses souvenirs, il a hésité un peu, puis il a dit ; « ...je me souviens comme ça, des fois...mais pas vraiment, juste la période de mes études...j'avais un peu de liberté ». Concernant ses projets d'avenir, le patient a démontré un certain optimisme d'avoir une transplantation rénale, et de trouver un travail stable et permanent, afin de construire son avenir et d'avoir une certaine sérénité, pour rattraper ce qui a perdu durant les années précédentes avec sa famille, en déclarant ; «mais avant j'étais comme un esclave...travailler pour travailler ».

Conclusion des données de l'entretien

Par rapport à la santé antérieure et actuelle de notre patient on a déduit qu'il a découvert sa maladie en 2013, on souligne la présence de quelques complications comme la fatigue fréquente, des maux de tête, des vomissements et des douleurs musculaires, plus précisément dans le bras où il insère sa fistule. En ce qu'il s'agit de facteur héréditaire, déclare-t-il que c'est le seul dans sa famille qui est atteint de cette maladie.

Les caractéristiques du fonctionnement mental, concernant ses bons souvenirs, on trouve les moments passés avec ses amis à l'université, et makhlouf garde

comme mauvais souvenir, sa rupture avec sa famille. On trouve une pauvreté dans sa vie onirique il déclare qu'il ne croit pas aux rêves, et ne leur donne pas d'importance, En ce qui concerne son fonctionnement mental, on souligne que le patient est doté d'une mentalisation incertaine. Il répondait pour des questions et d'autres, il 'y'avait aucune réponse pour des événements importants dans sa vie.

2-Analyse du test (TAT)

Planche 01

C'est un enfant qui pense a la musique, c'est sentimental...réellement s'il savait jouer ?il l'aurait fait, je veux jouer de la guitare mais je ne connais pas. 1'.03"

-Procédés : accent porté sur les conflits intra-personnels, A2(17) affect-titre, CN(3) silences importants intra-récit, CP (1) aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense, A2 (7) tendance générale a la restriction, CP2.

- **Lisibilité** : type 2 (\pm)

.Problématique : Il a perçu la problématique mais il ne la pas élaboré, car le patient ne s'est pas approfondi dans la reconnaissance de l'immaturité fonctionnelle de l'enfant.

Planche 2

Il ya beaucoup de choses, la nature, le travail, la ferme, une femme qui pense et un homme qui travaille, et la statut sur la droite je pense que c'est une mère. Il ya des pyramides, un cheval, c'est un champ de travail...mais ce statut d'une femme...honnêtement je ne sais pas exactement ? 2'.15"

-Procédés : description avec attachement aux détails, A2 (1) accent porté sur les conflits intra-personnels A2(17) accent porté sur le faire, CF(3) perceptions de détails rares et/ou bizarres, E(2) instance sur le repérage des limites et des contours, CN (6) précautions verbales, A2(3) description avec attachement aux détails A2(1) silences importants intra-récit, CP(1)exclamations, commentaires, digressions, références/appréciations personnelles, B2(8) silences importants intra-récit, CP(1) critiques de soi (CN 9).

- **Lisibilité** : type 2 (±)

-**Problématique** : La problématique triangulaire du conflit œdipien été perçue, mais elle n'est pas élaborée, le patient n'a pas cité la relation duelle et la différenciation du sexe.

Planche 3 BM

...c'est un enfant ou c'est un adulte ? L'essentiel que c'est un être humain, la photo exprime la tristesse, un homme qui pleure sur une tombe, ce n'est pas un cimetière a ton avis ? 1'.20"

-**Procédés**: silences importants intra-récit, CP(1) instabilité dans les identifications, hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages, B2 (11) anonymat des personnages, CP(3) mise en tableau, CN(8) affecte-titre CN(3) /expressions verbalisées d'affects nuancées, modulées par le stimulus, B1 (4) / demandes faites au clinicien, CC (2)

-**Lisibilité** : type 2(±)

-**Problématique** : Elle a été perçue, mais non élaborée car le patient n'a pas utilisé les thèmes d'empoisonnement et de persécution...Etc. et on n'a remarqué aucune réaction de sa part en terme de défense contre l'angoisse.

Planche 4

C'est une photo romantique, deux acteurs ; un acteur et une actrice...film romantique, cet homme comme s'il veut quitter la femme, et elle essaye de le retenir, au même temps il ya une femme derrière comme maitresse, et cet homme veut quitter la femme pour la maitresse...et je vois aussi une lettre d'amour, en réalité la maitresse n'est pas vraiment derrière eux mais comme si l'homme rêve d'elle ? 3'.00"

-**Procédés** : mise en tableau, CN (8) /précisions chiffrées, A2 (5) recours a des références littéraires, culturelles, au rêve, A1(2) silences importants intra-récit, CP(1) représentations contrastées, alternance entre des états émotionnels opposés B2(6) description avec attachement aux détails A2(1) érotisation des relations et symbolisme transparent, B2(9) aller-retour entre des désirs contradictoires, Fin à valeur de réalisation magique du désir, B2(7) silences importants intra-récit, CP(1) perception de détails rares et/ou bizarres E(2) justification des interprétations par des détailsA2(12)

- **Lisibilité** : type 2 (\pm)

- **Problématique** : Elle a été perçue, et traitée le patient a situé la différence des sexes et la caractéristique relationnelle et l'approché duel, mais il n'a pas élaboré les « débordements pulsionnels, des émergences des processus primaires, ou encore une inhibition invalidante qui rend compte de l'impossibilité à métaboliser les conflits ». (D. Anzieu, et Coll. 2004, P. 153-154).

Planche 5

Une chambre, cette femme a ouvert la porte... par surprise, surement elle a vu quelque chose ! Par ce que c'est une chambre de nuit, peut-être qu'elle a vu quelque chose qui la choqué ? Elle apparait nerveuse !...par une autre interprétation il se peut quelle viens de sortir et elle jette un dernier regard a la chambre pour vérifier si l'enfant est endormi...c'est comme ca que font les femmes civilisées. 3'.25"

-**Procédés** : accrochage au contenu manifeste, CF(1) silences importants intra-récit, CP(1) exclamations, commentaires, digressions, références/appréciations personnelles B2(8) érotisation des relations et symbolisme transparent, B2(9) précautions verbales A2(3) accent porté sur l'éprouvé subjectif CN(1) silences importants intra-récit, CP(1) hésitations entre interprétations différentes, A2(6) introduction de personnages non figurant sur l'image, B1(2) silences importants intra-récit, CP(1) intégration des références sociales et du sens commun, A1(3)

-**Lisibilité** : type 2 (\pm)

-**Problématique** : Le patient a perçu la problématique, en évoquant l'image surmoïque (la mère) mais il na pas traité l'image, et n'a pas développé l'histoire. Alors la problématique n'est pas élaborée.

Planche 6 BM

...tu peux dire que c'est une femme bourgeoise, elle c'est la mère et lui c'est le fils, ils parlent sur quelque chose intime...tu peux dire a peut prés comme si elle lui donne des conseils, c'est sentimental...et peut-être que ca exprime des adieux ! La femme ne veut pas, mais ! C'est forcé.1'.48"

-**Procédés** : silences importants intra-récit, CP(1) précautions verbales A2(3) idéalisation de l'objet, CM (2⁺) accent porté sur les relations interpersonnelles,

récit en dialogue, B2(3) silences importants intra-récit CP(1) précautions verbales A2(3) surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet, CM(1) affect- titre, CN(3) silences importants intra-récit CP(1) précautions verbales A2(3) /hésitations entre interprétations différentes A2(6) craquées verbales (troubles de la syntaxe), E(17).

-Lisibilité : type 2 (\pm)

-Problématique : la problématique à la relation mère/ fils est Perçue, par notre patient, mais non élaborée, à cause des mécanismes d'évitement du conflit.

Planche 7 BM

...tu peux dire qu'il ya deux visages, deux générations, on peut classer ça comme père et son fils...ça apparaît comme dessin « il sourit » je ne peux pas confirmer si c'est réel ou pas ? 1'.20 "

-Procédés : silences importants intra-récit CP(1) /précisions chiffrées, A2(5) attachement aux détails narcissiques a valence relationnelle, B2(10) accent porté sur les relations interpersonnelles, B2(3) silences importants intra-récit, CP(1) précautions verbales, A2(3) /mise en tableau, CN(8) agitation motrice, mimiques ou expressions corporelles, CC(1) critiques de soi, CN(9) tendance générale a la restriction CP2.

-Lisibilité : type 2 (\pm)

Problématique : La problématique est perçue mais pas élaborée, le patient s'est inscrit dans le mécanisme de l'évitement.

Planche 8 BM

Je vois la torture ! Des armes, la guerre ? C'est un prisonnier de guerre, ils le torturent...ce garçon exactement n'a pas son rôle dans l'image...et l'homme allongé exprime la douleur, il se peut que ce bonhomme devant était l'homme derrière qui torture l'autre. Quand il était jeune. 2'.18"

-Procédés : dramatisation, B2(5) expression verbalisée d'affects forts ou exagérés, B2(4) /silences importants intra-récit, CP(1) isolement des éléments ou des personnages, A2(15) /silences importants intra-récit, CP(1) accent porté sur l'éprouvé subjectif, CN(1) précautions verbales, A2(3) intellectualisation (abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste A2(13) hésitations entre interprétations différentes, A2(6).

-Lisibilité : type 2 (\pm)

-Problématique : la problématique de l'agressivité auquel renvoie la planche est Perçue, mais non élaborée, à cause d'un silence intra récit.

Planche 10

...père et son fils...une rencontre sentimentale, le père était content de revoir son fils, et le fils s'est senti en sécurité avec son père. 1'.7"

-Procédés : silences importants intra-récit, CP(1) accent porté sur les relations interpersonnelles, B2(3) affects-titre, CN(3) expression verbalisée d'affects forts ou exagérés, B2(4) surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet, CM(1) tendance générale a la restriction, CP2.

-Lisibilité : type 2 (\pm)

-Problématique : Le patient a perçu la problématique, il a parlé sur le désir de séparer le couple parental, et la diversité conflictuelle, mais il n'a pas développé l'histoire, et na pas élaboré la problématique malgré qu'il a commencé à citer quelques caractéristiques qui renvoient au registre conflictuel mais il a hésité par la suite de s'approfondir.

Planche 11

...c'est une jungle, une route, des rochers, un chemin dans la montagne...des animaux, c'est comme une grande forêt, il ya des arbres.

-Procédés : silences importants intra-récit, CP(1) description avec attachement aux détails, A2(1) silences importants intra-récit, CP(1) accrochage au contenu manifeste, CF(1) tendance générale a la restriction CP2.

-Lisibilité : type 2 (\pm)

-Problématique : Perçue, mais le sujet n'a pas élaboré la problématique en évitant de se raccrocher aux éléments du matériel manifeste plus structurants, présence de mécanisme de défense (l'évitement du conflit)

Planche 12 BG

C'est l'hiver, une barque abandonnée, c'est la neige, il ya un arbre, c'est un hiver glacial, je crois que derrière il ya une rivière très proche ? 1'.10"

-Procédés : accent mis sur les qualités sensorielles, CN(5) /description avec attachement aux détails, A2(1) perception de détails rares et/ou bizarres, E(2) remâchage, rumination A2(8) précautions verbales, A2(3) description avec attachement aux détails, A2(1) tendance générale a la restriction, CP2.

-Lisibilité : type 2 (±)

-Problématique : Perçue mais pas élaborée, le sujet allait parler de la précarité de l'environnement puis hésita de continuer en évitant de se maintenir dans la sa continuité d'interpréter l'image.

Planche 13 B

...une image qui exprime un peu de misère, c'est un paysage western, c'est un enfant qui n'a même pas ou jouer, rien, il ya juste la maison...c'est la pauvreté, la solitude. 2', 2"

-Procédés : silences importants intra-récit, CP(1) affects-titre CN(3) recours a des références littéraires, culturelles, au rêve, A1(2) anonymat des personnages, CP(3) expression d'affects et/ou représentations massives liées à toute problématique (dont l'incapacité, le dénouement, la réussite mégalomane, la peur, la mort, la destruction, la persécution, Etc.), E(9) accrochage au contenu manifeste, CF(1) idéalisation de l'objet, CM(2) surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet, CM(1) tendance générale a la restriction, CP2.

-Lisibilité : type 2 (±)

-Problématique : Perçue mais pas élaborée, le patient n'a pas évoqué ou reconnu ni le dénouement de l'enfant ni la précarité de l'environnement, malgré qu'il a cité ces deux derniers mais il a hésité de traiter l'histoire profondément. (Évitement du conflit)

Planche 13 MF

...une femme nu endormie à coté il ya un homme entrain de pleurer, parce que la femme m'apparait morte et l'homme cache son visage parce qu'il ne veut pas la voire comme ca, et il se peut que c'est un crime ! Surement qu'elle a couché avec quelqu'un d'autre, alors cet homme la surpris entrain de le trahir, alors il la tué. 2', 49"

-Procédés : silences importants intra-récit, CP(1) description avec attachement aux détails, A2(1) justifications des interprétations par des détails, A2(2)

précautions verbales, A2(3) dramatisation, B2(5) hésitations entre interprétations différentes, A2(6) érotisation des relations, et symbolisme transparent, B2(9) présences de thèmes de peur, de catastrophe, de vertige, dans un contexte dramatisé, B2(13) /tendance générale a la restriction, CP2.

-Lisibilité : type 2 (±)

-Problématique : la problématique de la sexualité de la planche est Perçue, mais non élaborée, à cause d'utilisation des mécanismes du contrôle.

Planche 19

...c'est juste des schémas...c'est une ombre, ce n'est vraiment une image réelle...je ne sais pas ce que ca veut dire...c'est un dessin préhistorique. 1'.37"

-Procédés : silences importants intra-récit, CP(1) critique du matériel et/ou de la situation CC(3) /insistance sur le repérage des limites et des contours, CN(6) précautions verbales, A2(3) mise en tableau, CN(8) silences importants intra-récit, CP(1) critiques de soi, CN(9) silences importants intra-récit, CP(1) mise en tableau, CN(8) tendance générale a la restriction, CP2

-Lisibilité : type 3 (-)

-Problématique : La problématique n'a pas été perçue ni élaboré le sujet avait tendance à remettre en cause le matériel et hésiter d'interpréter la planche et critiquer la situation. (Évitement du conflit)

Planche 16

Une feuille blanche, signifie beaucoup de choses en réalité, le bien, la liberté, le cessé le feu, le pardon, la paix aussi, et le vide, l'innocence, l'enfance. 23"

-Procédés : accrochage au contenu manifeste, CF(1) intellectualisation (abstraction, symbolisation, titre donné a l'histoire en rapport avec le contenu manifeste), A2(13) idéalisation de l'objet, CM2⁺ tendance générale a la restriction, CP2.

Lisibilité : type 2 (±)

-Problématique : Perçue mais non élaborée le sujet était restreint dans son interprétation et n'a pas structuré ses objets privilégiés.

2.1. Les mécanismes de défense dans tous les protocoles

- **La première impression**

Makhlouf a traité toutes les planches sans refus, en se basant sur son imagination, mais en remarque la prédominance des procédés d'évitement du conflit, par la présence des silences importants presque dans toutes les planches, mise à part la planche 12 BG et 16 et une tendance générale à la restriction 01, 7BM, 10, 11, 12BG, 13B, 13MF, 19, 16 et mise en tableau, en suite la prédominance des procédés du contrôle dominés par les précautions verbales et les descriptions avec attachement aux détails, puis la labilité qui s'ensuit par ses différents procédés, à la fin l'émergence en processus primaires, E2, E9, E17, et en ce qui concerne la lisibilité, elle est en générale moyenne.

- **les procédés utilisés**

Les quatre séries étaient présentes dans le protocole à savoir les procédés d'évitement de conflits C avec un pourcentage 54,47%, et le contrôle en seconde lieu 26,82% puis la labilité 14,63%, le processus primaire 4,06%.

La présence des procédés phobiques était sous forme d'un silence important intra-récit (C/P-1) dans la majorité des planches, et une tendance générale à la restriction (C/P-2).

Les procédés narcissique étaient présent sous forme de mise en tableau CN8, et les procédés du comportement et factuels dans les planches sous forme d'un accrochage au contenu manifeste.

Les procédés du contrôle étaient en deuxième position avec un pourcentage de 26,82%. Avec précautions verbales A2(3) et description avec attachement aux détails A2(1).

Les procédés labilité étaient en troisième position avec un pourcentage de 14,63% sous forme de différents procédés.

Les procédés d'émergence de processus primaire présent avec un pourcentage de 4,06% avec perception de détails rares et/ou bizarres E2(03) expressions d'affects, et craqués verbales.

2.2 La lisibilité : type 2 (±)

2.3- Les problématiques de tout le protocole

a- Problématique œdipienne

La problématique de l'immaturation fonctionnelle dans la planche 1, et la triangulation œdipienne réactivée dans la planche 2 est perçue par Makhoulouf, mais elle n'est pas élaborée en raison de l'évitement du conflit. Dans la planche 4 la problématique est perçue mais pas élaborée par le patient, et la même chose dans les planches, 7BM et 8BM qui sont perçues et non élaborées à cause des mécanismes d'évitement du conflit.

b- Les problématiques dépressives

La problématique dépressive est perçue dans la planche 3BM, cependant, l'émergence de processus primaire suivi par les procédés de labilité, ne permet pas une élaboration de la position dépressive, et dans la planche 12BG le patient l'a perçue, mais il n'a pas pu l'élaborer à cause des procédés d'évitement.

c- Les problématiques archaïques

Dans la planche 11, la problématique archaïque qui renvoie à la planche est perçue mais elle n'est pas élaborée, et dans la planche 19 est perçue, mais pas traitée à cause de l'évitement du conflit par la tendance à la restriction, et la critique du matériel, dans la planche 16 le manque d'objet éprouve une difficulté et la non capacité de gérer les situations.

Conclusion des données de TAT

Le patient mobilise les mécanismes d'évitement du conflit au premier plan, et les précautions verbales et les descriptions avec attachement aux détails comme signe de contrôle de soi en deuxième lieu, ce qui explique que la plupart des problématiques sont perçues, mais leurs traitements étaient non évoqués ni élaborés tandis que le sujet était prudent et bref dans ses interprétations,

Et à partir de ces mécanismes de défense on a constaté que Makhoulouf est doté d'une mentalisation incertaine.

Résumé du cas

Makhoulouf a montré qu'il était satisfait de notre intervention, il répondait à toutes nos questions sans aucun refus. Son discours était cohérent. Il avait une

certaine richesse fantasmatique caractérisée par le recours à l'imagination, et l'expression de ses projets d'avenir. Concernant ses bons souvenirs, on trouve les moments passés avec ses amis à l'université, et Makhoulouf garde comme mauvais souvenir, sa rupture avec sa famille. Sa vie onirique était pauvre, à savoir qu'il était doté d'une certaine richesse fantasmatique durant l'entretien, par contre les rêves étaient carencés, ce qui nous montre que l'hypothèse du fonctionnement de ce sujet appartient à la mentalisation incertaine. Ce qui a été confirmé d'après les résultats du test de TAT ; Makhoulouf a mobilisé les mécanismes d'évitement du conflit (C) en première position. En deuxième position, on souligne la présence des procédés du contrôle (A), Quant à la troisième position, on trouve les procédés labilité et en fin on note la rareté des procédés primaires.

Makhoulouf n'a rien présenté sur le plan psychique, durant son enfance et son jeune âge. Concernant sa santé physique, suite à son atteinte à l'insuffisance rénale chronique terminale, il a déclaré qu'il s'est adapté rapidement à cette situation. Quant à son environnement, on le qualifie de défavorable, qui se traduit par les mauvaises relations familiales notamment avec ses parents, et ses frères, en parallèle, il est en rupture totale avec ses amis, ce qui lui a permis de s'effondrer dans un isolement de son environnement

Tableau n°2 : tableau d'évaluation quantitative des procédés présents

A	B	C					E
		CP	CN	CM	CC	CF	
A1(2) = 02	B1(2) = 01						E(2) = 03 E(9) = 01 E(17) = 01
A1(3) = 01	B1(4) = 01						
A2(1) = 07	B2 (03)= 03	(1)=24	(1)=02	(1)=03	(1)=01	(1) =04	
A2(2) = 01	B2(4) = 02	(2)=09	(3)=05	(2)=03	(2)=01	(03)=01	
A2(3) = 10	B2(5) = 02	(3)=02	(5)=01		(3)=01		
A2(5) = 02	B2(6) = 01		(6)=02				
A2(6) = 04	B2(8) = 02		(8)=05				
A2(12)= 01	B2(9) = 03		(9)=03				
A2(13)= 02	B2(10) = 01						
A2(15)= 01	B2 (11)= 01						
A2(17)= 02	B2(13) = 01						
$\Sigma(A)= 33$	$\Sigma (B) = 18$	$\Sigma = 35$	$\Sigma= 18$	$\Sigma= 6$	$\Sigma =3$	$\Sigma= 5$	$\Sigma = 5$
26,82%	14,63%	$\Sigma (C) = 67$					4 ,06%
		54,47 %					
$\Sigma=123$ 100%							

Cas Hicham

Hicham est un homme marié âgé de 61 ans, Il est le benjamin d'une fratrie de deux enfants. Et père de six enfants, issu d'une famille financièrement moyenne. Son niveau d'instruction est moyen (CMP), mais il est très cultivé. Il était conducteur de travaux.

Pendant l'entretien, il se montrait très coopératif, il ne s'arrêtait point de nous parler sur sa vie, ce qui explique sa certaine richesse fantasmagique. Hicham a cessé d'exercer son métier suite a son atteinte par l'IRC.

1. L'analyse de l'entretien clinique

I. La santé physique

1. La santé antérieure du patient (enfance) avant sa maladie

Les antécédents médicaux du patient, ne font d'aucune maladie ni d'intervention chirurgicale ni d'hospitalisation.

Il a contracté l'insuffisance rénale chronique (IRC) à l'âge de 59 ans. Le début de sa maladie était silencieux, à ce propos il nous a dit: " j'ignore le début de cette maladie"; le diagnostic de l'IRC chez ce sujet était confirmé par le taux de la créatinine élevé, (175 mg/l). Sa maladie est due à l'hypertension artérielle (HTA) qu'il avait contracté depuis une dizaine d'années.

2. Le facteur héréditaire et les complications de la maladie

En ce qu'il s'agit de facteur héréditaire, déclare t-il que c'est le seul dans sa famille qui est atteint de cette maladie, ce qui nous permet d'exclure ce facteur.

Concernant les complications, Hicham souffre d'une HTA, des troubles d'estomac, du colon, la faiblesse, parfois une sensation de dégoût et de stress. On souligne l'utilisation du mécanisme d'évitement, à ce propos il dit ; " dès fois, je me sens dégoûté et je ne veux parler avec personne et même si quelqu'un vient me parler je le renvoie directement". ⁽¹⁾

(1) تلین ابرذان ذ ديفوتیغ، ألما آذغ ألحواج ازراغ حد، غاس اتیاس حد اهدر دذی ذنتبایغ(1)

3. Relation entre les événements traumatisants, quelques maladies et complications

Hicham nous a fait part de quelques événements traumatisants auxquelles il lui a fallu faire face, selon ses dires ; sa vie est pleine de chocs, et les plus importants furent ceux des événements de la décennie noire où il a travaillé dans plusieurs régions qui ont vécues des attentats et des massacres du terrorisme. Il nous a parlé d'un événement que sa famille avait vécu en disant: " un jour, je suis rentré chez moi, mon fils m'a parlé d'un accrochage entre les terroristes et la gendarmerie nationale, à environ d'un km de notre quartier, c'était vraiment un terrible événement" ; le deuxième, dont il était victime ; " un jour, en partant au travail, on a trouvé une dizaine de personnes assassinées au bord de la route, les têtes écartées des corps, je n'ai pas pu descendre de la voiture".⁽¹⁾, ajoute -t-il. Ce qui peut nous inciter à parler du traumatisme et de la notion d'après coup.

II. Les caractéristiques du fonctionnement mental

1. La vie relationnelle; (vie familiale, socioprofessionnelle et avec l'équipe soignante...)

En ce qui concerne l'investissement relationnel, on a constaté que Hicham est une personne sociable qui s'intègre facilement, il avait une facilité à s'exprimer. Concernant sa vie de famille, Hicham souligne la présence de sa femme et de tout les membres de sa famille à ses côtés, et surtout sa femme; il déclare ; " depuis ma maladie, ma famille m'a bien soutenu, surtout ma femme "⁽²⁾. À cela s'ajoute son grand attachement et son amour envers sa mère, sur laquelle s'étaye beaucoup; en disant ; " même moi, j'ai ma mère"⁽³⁾. ". À cela s'ajoute ses bonnes relations avec ses amis et ses ex-collègues, à ce propos il nous dit ; " mes collègues me téléphonent souvent, voire, me rendre visite, même s'ils ne connaissent pas ma maison, ils viennent me chercher".⁽⁴⁾

Ainsi qu'il a le même comportement avec les médecins et l'équipe soignante, Avec lesquels, il entretient une bonne communication, ainsi il témoigne ; " ils sont bien avec moi, on se respecte, et ils me font tout ce qu'ils peuvent en matière de soins".

(1) بون ويرذ نتدا الخدما، نونفا وحذ نعشرة لعيباد مثن فيريذ، اقروين احسن لجدات احسانت، ثعلمت سفومغ انطرغ سفطمبيل (1)

سفواس مي هلكاغ لفميو مر بدان دذي، سورتو ثمطثيو (2)

ميم ناك سعيج اما (3)

امدكاليو mtoujours غرنيد، ابريد اعدان والله اليوان اسياذ ألمي دخام أذغربي ألسين أخام اتدا اسقسبو ألمي اوقا أخام (4)

2. Les événements importants dans la vie du patient

Durant l'entretien, Hicham n'a pas vraiment parlé de ses souvenirs, il a montré une certaine réticence à les narrer à l'exception des mauvais souvenirs qu'on a déjà cités. Néanmoins il s'est contenté de nous répéter que les seuls souvenirs, dont il se souvient et qui ont vraiment marqué sa vie, sont ses succès au travail.

3. La vie sexuelle du patient

Concernant la vie sexuelle, Hicham paraît impuissant, et témoigne d'une baisse de la libido, à ce propos il dit ; "on est foutu, il faut être fort, la logique des choses, si on a le désir une fois par mois ou par 15 jour, c'est déjà bien".⁽¹⁾

4. Les caractéristiques de la vie onirique

À propos de la vie onirique, Hicham souligne qu'il ne fait ni de rêves, ni de cauchemars. Selon P. Marty: "on peut penser que le malade ne se souvient pas de ses rêves, soit par manque d'intérêt, soit par une résistance à en révéler les contenues. Autrement dit, cette notion d'absence des rêves correspond théoriquement à l'isolement de l'inconscient, les excitations pulsionnelles créant d'autres voies que celles de la représentation et de l'élaboration oniriques". (P. Marty, 1984, P. 1147).

5. La capacité d'exprimer et d'association concernant les souvenirs, et les projets d'avenir

Hicham à été réticent dans sa façon d'exprimer ses souvenirs. Concernant les projets d'avenir, le patient révèle un sentiment de désespoir; il déclare ; "j'ai la vie derrière moi". Enfin Hicham utilise un mécanisme de contrôle d'ordre spirituel en nous parlant de son seul projet d'avenir, en disant; " mon seul souhait est de faire une Omra".⁽²⁾

(1) تمنينغ بوث لحاجة، اروغ العمرة (1)

Conclusion des données de l'entretien

Hicham ne présente que la maladie d'insuffisance rénale chronique, ainsi que certaines complications telles l'hypertension artérielle et l'impuissance sexuelle.

Concernant les caractéristiques du fonctionnement mental, de Hicham on trouve une réticence concernant l'évocation de ses souvenirs et un sentiment de désespoir envers l'avenir, en utilisant des mécanismes de contrôle d'ordre spirituel. On ce qui concerne la vie onirique, Hicham présente une résistance à en révéler les contenus. On pense qu'il a une certaine richesse dans le contenu, on a effectué deux entretiens, donc il est doté d'une mentalisation incertaine.

2. L'analyse du test de "TAT"

Planche 1

2' ثورا واها داشوا ايخدام، اطاس، نيغ اقرا...نيغ أمال اثزرات ثورا شك، نك أماك اثزراغ
 il est entrain de réfléchir à quelque chose ah
 لحناكيس، donc ، داشو الان زاشس، ذ micro ، آه نيغ،
 il est plongé dans quelque chose
 اتبانيذ ، il fait pas se retrouver ,
 réfléchir, voilà, il est entrain de réfléchir... c'est juste, c'est tout... il est plongé
 تفهمات أماك dans quelque chose qu'il n'arrive pas à maîtriser... c'est ce que je vois.
 هذا هو. 2'.27"

Procédés: Le patient commence sa description par une perception de détails rares et/ou bizarres (E2); Tli long et/ou silences importants intra-récit (CP1) ; Demandes faites au clinicien(CC2) ; Accent porté sur les conflits intra-personnels(A2.17) ; Demandes faites au clinicien (CC2); Tli long et/ou silences importants intra-récit (CP1); Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures(A2.1) ;Remachage, rumination(A2.8) ;Tli long et/ou silences importants intra-récit (CP1); Demandes faites au clinicien (CC2); Fausses perceptions (E4);Tli long et/ou silences importants intra-récit (CP1); Remachage, rumination(A2.8); Tli long et/ou silences importants intra-récit (CP1);Accent porté sur les subjectif (non relationnel) (CN1); Tli long et/ou silences importants intra-récit (CP1)

Lisibilité: type 2 (±)

rumination(A2.8); Tli long et/ou silences importants intra-récit(CP1) Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet (CM1) ; Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures(A2.1); Tli long et/ou silences importants intra-récit (CP1); Remachage rumination(A2.8); Accent porté sur le faire(CF3); Critiques du matériel et/ou de la situation (CC3) ; Remachage rumination(A2.8)

Lisibilité: type 1 (+)

Problématique: la problématique de triangulation œdipienne est perçue dans un cadre de relationnel, mise en dialogue, mais pas très élaboré à cause du recours du patient aux procédés de control.

Planche 3 BM

il واهاتاك واهاتاك واهاتاك...Celui la, celui la qui est ce qu'il est entrain de faire 2" dort, il dort, il est entrain de dormir, mais on sait pas est ce que... est ce que c'est un jeune homme ou jeune fille. Il me parait que c'est une jeune fille, donc...donc il y a deux choses... soit... soit c'est le papi qui aime dormir parce que ثورا ثاهاتاك, elle a un malaise, un malaise, ou ، ثزريت أماك ، c'est pas la façon de dormir bien...ou bien...elle est malade elle n'a pas pus, elle n'a pas pu se mettre au lit l'un des، c'est un canapé ولا ce que on voit de coté soit c'est un lit, ثزريت أماك. à mon point de vue... elle est malade... elle est malade ناك ، deux, donc... donc... دمناديث تمطونت، à un point, à un point o... où elle n'arrive pas à se mettre debout. c'est une ذها ذعقلات ذا بليك نينغ ça doit être une femme on voit ذها ثورا donc ...elle ne porte pas de pontallon ذها une femme نينغ fille donc... pour quoi que j'ai dit qu'elle est ...c'est un canapé نينغ que soit c'est un lit malade, elle est mlade à un point où elle n'arrive pas à se mettre debout parce donc ثزريت أماك. que s'elle pouvait se mettre debout, elle va s'allonger au lit ثهاتاك c'est point finale, c'est tout ce qu'on voit. C'est un point de citation أماك، c'est tout ce que on voit، 5.1"

Procédés: Nécessité de poser questions .Tendance refus. Refus(CP3) ; Tli long et/ou silences importants intra-récit (CP1) ; Craquées verbales (troubles de la syntaxe) (E17) ; Craquées verbales (troubles de la syntaxe) (E17) ; Craquées verbales (troubles de la syntaxe) (E17) ;Tli long et/ou silences importants intra-récit (CP1) ;Entrée directe dans l'expression(B2.1) ;Précautions verbales(A2.3) ;Annulation (A2.9) ;Tli long et/ou silences importants intra-récit (CP1) ;Hésitations entre interprétations différentes (A2.6) ;Tli long et/ou silences importants intra-récit (CP1) ;Expressions d'affects et/ou de

Lisibilité: type 2 (±)

Problématique: la problématique conflictuelle du couple est perçue mais peu élaboré, car Hicham fait recours aux procédés d'évitement du conflit.

Planche 5

"27..... ثورا تاها أمانك ذسنسمي تاها أه،..... 'c'est une chambre à coucher, non.....
 غورسان غورسان ، un bouquet de fleur ، une petite table ، غورسان نهائك ،
 ، don وهناك ، on peut dire que أمانك ذسنسمي وها ، un salon ، une maison de séjour ، آه ،
 ، لوخان تاها تامطوثاذ طالذ قلباب استني ، Bonjour Pole, (rit), tu veux prendre ton
 ، on peut dire c'est une salle de séjour ، café...elle est entrain d'appeler son mari
 ، او شوا ، parce que زياس تكتنيد ذها ، نرتينتن غورسن ، une veilleuse ، ذهناك ، نهناك ،
 ، peut etre une table de travail ، نهناك ، القرا نينغ الكتبا نينغ.. ، وهناك ،
 ، un petit ، تاها ثورا ، ça dépend ، نينغ اميس ، نينغ اليس ، ça dépend ، تفهمات أمانك ،
 3'.22" . c'est tout ce que je voit...c'est tout ce que je

Procédés: Tli long et/ou silences importants intra-récit (CP1) ; Demandes faites au clinicien (CC2) ; Tli long et/ou silences importants intra-récit (CP1) ; Annulation (A2.9) ; Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures(A2.1); Tli long et/ou silences importants intra-récit (CP1) ; Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures(A2.1); Précautions verbales(A2.3) ; Agitation motrice Mimiques et/ou expression corporelles (CC1) ;Introduction de personnages non figurant sur l'image (B1.2) ; Tli long et/ou silences importants intra-récit (CP1) ; Accent porté sur les relations inter-personnelles .Récit en dialogue(B2.3) ;Accrochage au contenu manifeste (CF1) ; Remachage , ruminantion (A2.8) ; Demandes faites au clinicien (CC2) ; Tli long et/ou silences importants intra-récit (CP1) ; Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrances, impersonnels, placages (CP4).**Lisibilité:3 (-)**

Problématique: La problématique de l'image maternelle surmoïque n'est perçue par le sujet, par l'introduction de personnages non figurant sur l'image et 'accent portée sur les relations interpersonnelles, récit en dialogue. Ce qui a empêché son élaboration.

Problématique: le patient a perçu la relation entre la femme et son fils, mais il n'a pas pu élaborer le rapprochement œdipien à cause de son recours aux procédés d'évitement du conflit, avec tendance générale à la restriction.

Planche 7 BM

"15... وقبلا ذ رابح درياسة (rit)،... نيغ ثزريت، c'est-à-dire la façon de s'asseoir l'un à coté، de l'autre "de l'autre ثزريتين ثورا،،oui، c'est des hommes de politique، وهاثاك، hommes de politique، تفهيمات، وهاثاك، de cette façon il est entrain de l'écouter، il est entrain de، دهاثاك، c'est des hommes de، d'une façon ce qu'on appelle de la bouche à l'oreille، il est entrain، c'est des gens de politiques، c'est des trucs وهايي، politique (rit)...de le consiller، بوتفليقة واحي ذ لعمامرة (rit)،، اكتبعان اكنين شكينا، (rit) commencé، اكنين شكينا ثخدمات، وهاثاك، c'est des hommes de politique، وهايي،...ah oui ...، François Holand et Sarkuzi، أتان اثقلا زيس،.c'est tout. 4'.20"

Procédés: Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Recours à des références littéraires, culturelles (A1.2); Agitation motrice, mimique et/ou expression corporelle (CC1); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Demandes faites au clinicien (CC2); Recours à des références littéraires, culturelles (A1.2); Surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet (CM1); Demandes faites au clinicien (CC2); Accent portée sur les relations interpersonnelles. Récit en dialogue (B2.3); Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures (A2.1); Remachage, Rumination (A2.8); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Agitation motrice, mimique et/ou expression corporelle (CC1); Recours à des références littéraires, culturelles (A1.2); Agitation motrice, mimique et/ou expression corporelle (CC1); Craquées verbale (troubles de la syntaxe) (E17); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Recours à des références littéraires, culturelles (A1.2); Accent portée sur les relations interpersonnelles. Récit en dialogue (B2.3).

Lisibilité: type 2 (±)

Problématique: le sujet n'a pas perçu la relation parentale, et il a élaboré une problématique relative de respect entre deux personnages, on souligne que Hicham n'a pas élaborer le récit à cause des procédés d'évitement du conflit.

Planche 8 BM

qu'est ce qu'il est أمتشوگڈ ها je ne sais pas 'ah oui...2'.23"
 on, on peut dire,...on peut dire qu'on y dans un ونعشيك bohn 'entraîn de foutre ici
 'dans un hopital...hopital? on voit le docteur et l'infirmier ils sont entraî de
 'faire une intervention chirurgicale, mais le petit garçon, le petit garçon je ne
 ce n'est pas juste, ce n'est ... $\text{أفتشيشاد داشو اخدام ذها}$..sais pas pourquoi il est là ,
 ils sont entraî de faire leur travail, 'l'infirmier واحي ذ طبيب pas juste... parce que e
 leur travail, mais le petit garçon qu'est ce qu'il est entraî de faire ici là je ne suis
 donc c'est ça, on voit le تزررات أمالك ... pas d'accord, là je ne suis pas d'accord...
 malade sous l'effet de l'anesthésie sur la table, sous l'effet de l'anesthésie, le
 docteur et l'infirmier sont entraî de procéder à l'intervention chirurgicale, mais
 je ne ها je ne sais pas le petit garçon je ne sais pas qu'est ce qu'il fait là, ah, oui
 ... أولاليمغ je ne sais pas, je ne sais pas ... تفهيمات امالك sais pas pour quoi il est là...
 6'.28" ...il ne devrait pas être la bas $\text{ز داخل نسبيطار افلا}$ pace que normalement

Procédés

Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Craquées verbale (troubles de la syntaxe) (E17); critiques de Soi (CN9); Précautions verbales (A2.3); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Demandes faites au clinicien (CC2); Élément de type formation réactionnelle (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.) (A2.10); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Demandes faites au clinicien (CC2); Isolement des éléments ou des personnages (A2.15); Accent portée sur l'éprouvé subjectif (non relationnel) (CN1); Demandes faites au clinicien (CC2); Accent portée sur les relations interpersonnelles. Récit en dialogue (B2.3); Remachage, Rumination (A2.8); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Critique du matériel et ou de la situation (CC3); Vague, indétermination, flou du discours (E20).

Lisibilité: type2 (\pm)

Problématique: la problématique agressive était perçue et peu élaborée à cause du recours aux procédés de control et d'évitement du conflit.

Planche 10

c'est un couple, c'est un couple, je ne sais pas, c'est un couple... ثورا ثها '1'.30"
 2'.37 وخلص ... est entraî d'embrasser sa femme...

Procédés: Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Accent portée sur les relations interpersonnelles. Récit en dialogue (B2.3); Remachage, rumination (A2.8); critiques de Soi (CN9); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent (B2.9); Tendance générale à la restriction (CP2).

Lisibilité: type 2 (\pm)

Problématique: La problématique libidinale était traitée dans une relation duelle homme et son conjoint, mais peu élaboré, tendance générale à la restriction.

Planche 11

"12... أنكا نيغ أنكا (tourne la planche) ... donc ذها كرا أترراغ ذهتاك je ne sais pas ذاشو قاع
 ذاشو اتبانيذ ذهتاك اشيين وهتاك ذاشو c'est un aigle ذاشو c'est un faucon وهتاك
 لبحر d'accord, mais وها ذاشويين، اصاد ارث نيغ اكشام mais on voit un charretier،
 ذاشويين، وها ذاشويين، ...! le quai ؟، وها أوتيتبانولا ذاشو،
 mais peut etre وهتاك ذاشويين، وها اتبناذ ذقرييس، وهتاك ذاشويين، وها أوتيتبانولا
 je ne sais ، أوتيتبانولا je ne peut pas dire grande de chose ذها (voix basse) ،
 pas ذاشويين... وهتاك ذاشويين، وهتاك اتبناذ c'est un petit chalutier ،
 c'est des chalutiers de pêche وها اتبناذ ذلبجر وها، donc وهتاك وهتاك
 نيغ، وها وهتاك اتبناذ flou أولما ذوهتاك ، est ce que وها il fait parti du port نيغ مفسعا وها
 اتبناذ شغل اوسيسغي ناك، نيغ آ... أوتيتبانولا ذاشو، أوتيتبانولا c'est flou ،
 ...، c'est tout ce que je vois là ، تفهمات أماك، ذاشو... imaginer qu'est ce que c'est que ça
 4'.45"

Procédés: Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Demandes faites au clinicien (CC2); Agitation motrice, mimique et/ou expression corporelle (CC1); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); critiques de Soi (CN9); Demandes faites au clinicien (CC2); Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures (A2.1); Demandes faites au clinicien (CC2); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Critiques du matériel et/ou de la situation (CC3); Précautions verbales (A2.3); Remachage, Rumination (A2.8); Demandes faites au clinicien (CC2); Craquées verbale (troubles de la syntaxe) (E17); critiques de Soi (CN9); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Remachage, Rumination (A2.8); Remachage, Rumination (A2.8); Critiques de Soi (CN9); Craquées verbale (troubles de la syntaxe) (E17); Tli long et/ou silences important intra-

récit (CP1); critiques de Soi (CN9); Vague, indétermination, flou du discours (E20).

Lisibilité: type 2 (\pm)

Problématique: la problématique archaïque à laquelle renvoie la planche est perçue mais n'est pas élaboré, à cause du recours aux procédés d'évitement du conflit.

Planche 12 BG

...27' ذها ذهناك ذها ، on voit une forêt ، ثها c'est ذ le sapin نشجورثاذ à savoir ذاشو...
 de la mer? puisque quand ...،donc, on voit la barque, ce qui, ce qui signifie...
 ،(pointe avec s main) ثفلوگاذ ثزرطاط، il est à coté donc on voit la barque لبحر donc
 comme ça peut être un la forêt ، parce que quand on regard ذلبحر ça peut être
 je ne sais pas, je ne sais pas ثها le sapin ، nous dirons qu'un fleuve est juste à coté
 c c'est un arbre sauvage, on ... ماتشي أنکا، le chêne ، c'est une chêne ، je ne sais pas
 ses ،on avait la couleur لوگان sais pas, on sais pas son nom, puisque avec le noi
 on voit أنکا feuilles comme elles sont, on peut distinguer à peu pré, on sait pas
 on voit de l'eau mais est ce que c'est اسميس امان ذها، rien ... تفهمات أمانك...
 4'.43" fleuve ou de la mer on ignore

Procédés: Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures (A2.1); Demandes faites au clinicien (CC2); Agitation motrice, mimique et/ou expression corporelle (CC1); Justification des interprétations par ces détails (A2.2); Précautions verbales (A2.3); critiques de Soi (CN9); Justification des interprétations par ces détails (A2.2); Critiques du matériel et/ou de la situation (CC3); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Demandes faites au clinicien (CC2); Craquées verbale (troubles de la syntaxe) (E17); Demandes faites au clinicien (CC2); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1).

Lisibilité: type 2 (\pm)

Problématique: La problématique dépressive n'était pas perçue ni élaborée car le patient s'est contentée de s'accrocher au contenu manifeste de la planche.

Planche 13 B

il fut un temps, Staline ...le fils du pauvre, le fils du pauvre وها غرناس...oui...20"
 on il était comme ça avant, il était comme ça , c'est baraque de bois dur أنكا vit
 l'enfant pieds nus, l'enfant ثعلمات ، sans souliers حافي voit l'enfant sans souliers
 le fils du pauvre, le fils du pauvre, un enfant pieds nus ازياس،ذاین ازياس
 3'2" nue...

Procédés: Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve (A1.2); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve (A1.2); Éloignement temporo-spacial (A2.4); Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures (A2.1); Remachage, Rumination (A2.8); Craquées verbale (troubles de la syntaxe) (E17); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Tendance générale à la restriction (CP2).

Lisibilité: type 2 (±)

Problématique: la problématique dépressive est perçue par l'évocation du conflit intra-personnel mais pas élaboré vu le recours du patient aux procédés de control, avec tendance générale à la restriction.

Planche 13 MF

une femme à moitié...وها je n'est rien compris نکینا او تفهیمای زیاس، 56"
 c'est-à-dire la manière, la façon de coucher comme ça, moi ...mais la façon ،nue
 je dirais qu'elle est mort, sauf le cas contraire, sauf le cas contraire, parce que le
 ...bonhomme, le bonhomme est-ce que ...شاك أماك ائترات...
 سومداس، سومداس انتبنيذ، وها اتبنيذ سومداس، سومداس انتبنيذ حافي، سومداس انتبنيذ، وها اتبنيذ سومداس، سومداس انتبنيذ
 je dirais qu'elle est assassiniée، اماك نطاس أنكا je dirais qu'elle est assassiniée، اماك نطاس أنكا
 assassiniée، نتا، il est avec sa tenue normale، اماك نطاس أنكا، اماك نطاس أنكا، اماك نطاس أنكا
 وخلص، تفهيمات اماك؟ ...c'est ça ca que je vois à peu près
 livres et tout اماك نطاس أنكا، اماك نطاس أنكا، اماك نطاس أنكا، اماك نطاس أنكا، اماك نطاس أنكا
 یوان اوطار زیاس آمداس، وایط خاطي، ثعلمات... او اش اخدام أفوسیس فونمیس...
 elle، اماك نطاس أنكا، اماك نطاس أنكا، اماك نطاس أنكا، اماك نطاس أنكا، اماك نطاس أنكا، اماك نطاس أنكا، اماك نطاس أنكا
 6'4" est assassiniée

Procédés: Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Critique de Soi (CN9); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions

et postures (A2.1); Hésitation entre interprétations différentes (A2.6); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Demandes faites au clinicien (CC2); perception de détails rares et/ou bizarres (E2); Expressions crues liées à une thématique sexuelle ou agressive (E8); Demandes faites au clinicien (CC2); Précautions verbales (A2.3); Accent portée sur les relations interpersonnelles. Récit en dialogue (B2.3); Demandes faites au clinicien (CC2); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures (A2.1); Remachage, Rumination (A2.8); Perception de détails rares et/ou bizarre (E2); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Demandes faites au clinicien (CC2); Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures (A2.1); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Craquées verbale (troubles de la syntaxe) (E17); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1).

Lisibilité: type 2 (±)

Problématique: La problématique de la sexualité de l'agressivité dans le couple est perçue et élaborée selon un seul pôle de la dimension agressive ou la femme est soit décédée ou assassinée.

Planche 19

"14...أشوا ذواها... je n'ai rien compris، قوها، je n'ai rien compris، أشوا اتيتبنان ثورا قوها، ah، أشوا اتيتبنان ثورا شاك قوهناك، والله أولفهمغ زياش أولا ذ bohn، à bohn à.... gramme ذ les dessins ذ comme شغل ah متحركة شغل، وها شغل ذ رسوم متحركة ah شغل، وها اتبنيذ تمغارث، ثها شاك دشو تها، وها شغل ذ رسوم متحركة ah شغل، وها اتبنيذ ذويداكاك، وها ah، animés، وها ذاوسار أنكا والله ما، je 2'.40" non...n'ai rien compris والو...

Procédés:

Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Demandes faites au clinicien (CC2); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Critique de Soi (CN9); Remachage, Rumination (A2.8); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Introduction de personnages non figurant sur l'image (B1.2); Mise en tableau (CN8); Agitation motrice, mimique et/ou expression corporelle (CC1); Critique de Soi CN9 Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1); Craquées verbale (troubles de la syntaxe) (E17); Tli long et/ou silences important intra-récit (CP1).

Lisibilité: type 2 (±)

Problématique: la problématique prégénitale archaïque est perçue mais pas traitée par la mise en tableau, ainsi que la critique de soi et avec tendance générale à la restriction.

Planche 16

أولاش، كُرا أوليلا ز داخل، أولاش أشو ذتن raconter أولاش اذتيني لعبد. 59"

Procédés: Accrochage au contenu manifeste (CF1); Critique de soi (CN9); tendance générale à la restriction (CP2).

Lisibilité:3 (-)

Problématique: Refus

2.1. Les mécanismes de défenses à partir du TAT

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

Le patient a traité la plus part des planches du TAT, avec restriction, et en note aussi la présence de la tendance refus pour certains planches, 19, 11, 10, on note aussi la présence de la tendance refus pour la planche prégénitale (archaïque) PL16.

Mais en remarque qu'il a avancé beaucoup les procédés de silence important intra-récit (CP-1).

- **Les procédés utilisés**

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

On remarque la dominance des mécanismes d'évitement du conflit avec un pourcentage de 58.84%, dont on souligne la présence des procédés phobique ; par le temps de latence initial long et/ou silences important intra-récit, avec la tendance générale à la restriction.

Le registre de contrôle était dans la deuxième position avec un pourcentage de 26.53%, à savoir des procédés de rigidité.

Dans la troisième position, on trouve la présence des procédés de type labile, et les procédés d'émergences des processus primaires, avec un même pourcentage de 10.20%.

La dernière position était occupée par les procédés de la série B de labilité avec un pourcentage de 4.42 %.

2.2. La lisibilité : Type 2 (lisibilité ±)

2.3. Les Problématiques globales

a. La problématique œdipienne

Pour la planche 1, Hicham n'a perçu la problématique de l'immaturité fonctionnelle devant un objet d'adulte, ce qui n'a pas permis son élaboration, à la planche 2 et 4, la problématique de la triangulation œdipienne est perçue, mais peu élaboré en raison du recours du patient aux procédés de contrôle. À la planche 6BM le patient a perçu la relation entre la femme et son fils, mais il n'a pas pu élaborer le rapprochement œdipien à cause des procédés de contrôles. par contre à la PI 7BM le sujet n'a pas perçu la relation parentale, et il a élaboré une problématique relative au respect entre deux personnages, sans le développer à cause des mécanismes d'évitement du conflit. À la planche 8BM La problématique de l'agressivité est perçue mais peu élaborée à cause des de contrôle et d'évitement du conflit, par contre à la planche 10 la problématique libidinale était traitée dans une relation duelle homme et son conjoint, mais peu élaborée à cause de la tendance générale à la restriction.

A la planche 13MF, il a perçu la relation agressive dans le couple, mais peu élaborée, en utilisant les procédés d'évitement du conflit.

b. La problématique dépressive

La problématique dépressive est perçue dans les planches 3BM et 13 B, non élaborée dans la planche 3BM, peu élaborée dans 13 BG, à cause du recours de Hicham aux procédés d'évitement du conflit. Par contre à la planche 12BG, le patient n'a pas perçue la problématique à cause de son accrochage au contenu manifeste de la planche.

c. La problématique prégénitale archaïque

La problématique de la planche 11 est perçue, mais pas élaborée, en utilisant les procédés d'évitement du conflit. La planche 19, l'avais mise en tableau, dessin, pour éviter le conflit suscité par la planche.

La planche 16 il ya une tendance refus, ou le patient exprime une carence fantasmatique en l'absence du support visuel.

Conclusion des donnée TAT

L'analyse de protocole, nous montre que Hicham, mobilise en première position les mécanismes d'évitement du conflit, dont les procédés phobiques qui sont présents avec un taux élevé, et en deuxième position on trouve les procédés de contrôle, en troisième position on trouve la série E d'émergence en processus primaire, La dernière position était occupée par les procédés labiles. La plupart des problématiques sont perçues mais peu élaborée traitées. On note aussi que Hicham a traité quelque planches par une certaine richesse comme les planches, 2, 3BM, 4, 6BM, 8BM, 11, 12BG, 13MF; par contre les planche 1, 5, 7BM, 10, 13B, 19,16 les a traité par une certaine pauvreté. A partir de tout le protocole du TAT, Hicham est doté d'une mentalisation incertaine.

Résumé du cas

Concernant le fonctionnement mental de Hicham, on constate qu'il est doté mentalisation incertaine. Premièrement, apparu au cours de son entretien, où on a effectué deux entretiens, on pense qu'il a une certaine richesse dans le contenu. On ce qui concerne la vie onirique de Hicham elle est pauvre, on le trouve dans les rêves crus, cette hypothèse est aussi confirmé d'après les donnée de TAT ; le fonctionnement mental, du patient est doté d'une mentalisation incertaine.

Sur le plan physique Hicham, a été atteinte d'une HTA depuis une dizaine d'année, qui a engendré par la suite l'atteinte de la fonction rénale. Quant a son environnement, on le qualifie de favorable, qui se traduit par les bonnes relations familiales, il est en bon contact avec ses ex-collègue de travail, ce qui lui a permet de ne pas s'effondrer dans une désorganisation somatique.

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

A	B	C					E
		P	N	M	C	F	
A2.1=6	B1.2=2	CP1=8	CN.1=6	CM.1=4	CC.1=1	CF.1=2	E2=8
A2.1=13	B2.1=1	1	CN.6=2	CM2 ⁻ =1	2	CF.3=2	E4=1
A2.2= 3	B2.3=9	CP2=3	CN.8=1	CM2 ⁺ =1	CC.2=3		E8=1
A2.3=11	B2.9=1	CP3=1	CN.9=1		2		E9=1
A2.4=1		CP4=1	4		CC.3=6		E10=1
A2.5=1			CN.10=				E17=1
A2.6=4			4				4
A2.8=25							E20=4
A2.9=3							
A2.10=3							
A2.11=1							
A2.13=1							
A2.15=1							
A2.17=1							
ΣA=78 26.53%	ΣB= 13 4.42%	86	27	6	50	4	ΣE=30 10.20
		ΣC=173 58.84%					
Σ=294 100%							

Cas Chafia

Chafia âgée de 60 ans, mariée, belle femme, yeux marron et d'une taille moyenne, porte le voile. Elle est la benjamine d'une fratrie de cinq enfants. Mère de neuf enfants, cinq filles et quatre garçons, femme au foyer, elle n'a jamais fait d'études, son loisir est de regarder à la télévision les émissions islamiques en langue kabyle. Elle est timide et réservée.

1. L'analyse de l'entretien

I. La santé physique

1. La santé antérieure du patient (enfance) avant sa maladie

Dans les médicaux de Chafia, on a trouvé aucune maladie connue jusqu'à l'année de 2002, où elle a contracté une hyper tension artérielle, qui a engendré 10 ans plus tard une insuffisance rénale chronique terminale. à cela s'ajoute l'apparition des gripes de temps à autres des gripes.

2. Le facteur héréditaire et les complications de la maladie

On souligne que son insuffisance rénale chronique est héréditaire, deux cousins paternels sont déjà décédés suite à cette maladie.

La patiente s'est décrite que depuis sa maladie, ressent une fatigue persistante, elle avait des perturbations du sommeil. Ainsi elle présente un frigidity sexuelle.

3. Relation entre les événements traumatisants, quelques maladies et complications

Durant notre entretien avec Chafia, on a relevé quelques événements traumatisants dans sa vie; à l'âge de 15 ans, le décès de son cousin, résidant en France, puis après 5 ans, le décès du fils du même cousin décédé. À l'âge de 20 ans, juste après quelque mois de son mariage, son père partit en France ; il a demeurait durant 7 ans, puis il décida là-bas. Enfin, à l'âge de 54 ans, elle a perdu deux membres de sa famille, suite à une maladie d'insuffisance rénale chronique au stade terminal. Deux ans plus tard, Chafia a contracté l'IRC. Ce qui nous permet de penser à une relation étroite entre ces événements traumatiques, qui ont débordé l'appareil psychique de Chafia, et dont le système de pare-excitation n'a pas pu gérer ce flux d'excitation pour l'élaborer mentalement. Ce qui a engendré une somatisation d'ordre chronique.

2. Les caractéristiques du fonctionnement mental

1-La vie relationnelle, (vie familiale, socioprofessionnelle et avec l'équipe soignante...)

La patiente nous a souligné qu'elle a bénéficié d'un grand soutien familial, surtout de la part de sa petite fille; en disant: " depuis que je suis tombé malade, ma famille m'a bien soutenu, surtout, ma petite fille"⁽¹⁾, aussi elle est très attachée à la femme de son beau frère , qui sont en bonne entente, elle déclare; " la femme de mon beau frère me rend souvent visite, malgré qu'elle habite un peu loin de chez nous"⁽²⁾. En ce qui concerne ses relations avec l'équipe soignante, elle ne déplore aucun problème et déclare que le respect est mutuel.

2-Les événements importants dans la vie du patient.

La patiente a une carence et difficultés pour évoquer ses souvenirs. Néanmoins elle s'est contentée de nous répéter que les seuls souvenirs dont elle se souvient et qui l'ont vraiment marqué sont ceux de la perte de deux membres de sa famille suite à la maladie d'insuffisance rénale et la mort de la femme de son beau frère, qui est décédé depuis une dizaine de jours avant notre premier entretien, et avec laquelle elle s'entendait bien et elle nouait de bonne relation. Enfin, elle nous a parlé des échanges de cadeaux entre les membres de la famille pendant les fêtes, considérés comme des bons moments.

3-La vie sexuelle du patient.

Concernant sa vie intime, Chafia présente une certaine frigidité et une baisse du désir, en disant; " depuis ma maladie, je ne peux offrir à mon mari qu'un petit café, ce n'est plus comme avant".⁽³⁾

4-Les caractéristiques de la vie onirique.

Cette patiente présente quelques perturbations du sommeil. Concernant les rêves, elle rêve peu et ses rêves sont d'une allure de persécution, on peut donc dire que ses rêves sont qualifiés également de rêves crus qui, en général,

سقمي هلکاخ اثخام بدني مرا، سورتو الي نتمزيانت(1)

ثوطيو تمسيفهماغ ديداس بيان، اوسقمي هلکاخ ذيما تسقسيدو فلي اوتتساذ اغورس ادغربي نمبعاذ فزدوغ (2)

سقمي هلکاخ خرلا لحوايج افسان يار نك ذرفزيو، ماتشي اماك اتوغ بكري، ثورا داين مزال يساعئين استسفع لقهوة(3)

"semblent exposer une image de l'inconscient refoulé du sujet et qui ne sont pas rares chez les malades somatiques mal mentalisés". (Marty P., 1984, p.1150-1152).

5. La capacité et d'association concernant les souvenirs, et les projets d'avenirs

Chafia n'a pas pu évoquer ses souvenirs en déclarant qu'elle ne se souviens pas d'eux, en disant; " on a vécu beaucoup de choses, dont je ne me souviens pas ", ce qui est, peut être, du à une résistance inconsciente. Son vœu est de vivre sans souffrance. La patiente se critique, en utilisant un mécanisme d'ordre narcissique; elle déclare ;" je suis malade, je ne peux rien faire, tout ce que j'espère c'est de vivre jusqu'à ce que j'assiste au mariage de mes enfants, et j'espère ne pas souffrir trop par la maladie".⁽¹⁾

Conclusion des données de l'entretien

Par apport à la santé antérieur et actuelle de Chafia, elle ne présente que la maladie d'insuffisance rénale chronique, ainsi que certaines complications telles que l'hypertension artérielle et une frigidité sexuelle. Aussi on a constaté que sa maladie est héréditaire.

Concernant les caractéristiques du fonctionnement mental, on trouve que la vie onirique de chafia se caractérise par la présence des rêves crus. On ce qui concerne les souvenirs, sa capacité d'évoquer ses souvenirs a été difficile et présente un certain pessimisme envers l'avenir, "en utilisant des mécanismes de critique de soi d'ordre narcissique. Concernant son fonctionnement mental, il est doté d'une mauvaise mentalisation.

ثورا ناك تمطونت كُورل أولزميرغ اخذماغ ، تمنيف احطرخ ازواج ندرباو، أو تمنيف ذغنت أولتسفرينغولا سلهاكُيو(1)

2. L'analyse du TAT

Planche 1

"2 داشوتتخميم مسكين ثورا ئاها... داشو ذيكتهدراغ ثورا ذاها (تضحك).. ئاها ثورا مسكين سيديس ما ئاها ثورا اخدمان انكا ألمي لاشو لمشاكل تسعا نيغ أماك ايتيبينيذ مي تطاف أنكا تخدام انكا ألمي لا شو تسع ذلمحايين، ئا اخي تامطوث ها اماك تخدام شعريس (pointe avec son doigt)، أو لاليمغ داشو ذيتهذراغ ويس ذدرياس ويس دارغازيس ويس داشو ئاها امي لا شو ذل problème تسعا مسكين علا خاطر تسيكغ ذي la télé مي ذيتسكانن ئيذاك اتغنين فدونيث فلحقر أشحال فكلش ايتغنينت فلعمور اتسنت. 2'10"

Procédés : Chafia a débuté le récit par un accent porté sur les conflits intra-personnels (A2.17) ; avec Anonymat des personnages (CP3) ; temps long et/ ou silences intra-récit(CP1);et une Critique de soi (CN9) ; Agitation motrice, Mimique et /ou expressions corporelles(CC1) temps long et/ ou silences intra-récit(CP1) ; Vague, indétermination, flou du discours (E20) ; Posture signifiante d'affects (CN4) ; Accrochage au contenu manifeste (CF1) ; Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative) (CM.2-) ; Justification des interprétations par ces détails (A2.2) ; Agitation motrice ,Mimique et /ou expressions corporelles(CC-1) ; Critique de soi (CN-9) ; Précautions verbales (A2.3) ; Perception de détails rares et/ou bizarres (E2) ; Introduction de personnages non figurant sur l'image (B1.2) ; Remâchage, rumination (A2.8) ; Références personnelles ou autobiographiques (CN-2) ; Idéalisation de l'objet valence négative (CM.2) ; et a la fin un recours à des références littéraires, culturelles, au rêve (A1.2).

Lisibilité: type 2 (±).

La problématique: la problématique d'immaturité fonctionnelle devant l'objet d'adulte, n'était pas perçue par la patiente car elle n'a pas saisie l'instrument de music, chose qui a empêché son élaboration.

Planche 2

"1 ئاها تتباند ئزها ئاها هتان ثعجب ايمنيس (rit) و الله...ئاها ئزها فيمنس. 38"

Procédés : Le récit a débuté avec un Anonymat des personnages (CP-3) ; Détails narcissique, Idéalisation de soi (CN-10) ; Agitation motrice, Mimique et /ou expressions corporelles (CC-1) ; temps long et/ ou silences intra-récit (CP-1) ; Remâchage, rumination (A2.8) ; Scotomes d'objets manifestes (E1) ; et elle a clôturé avec une tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité: type 2 (\pm)

Problématique: la problématique de triangulation œdipienne n'est pas perçue ni traitée par Chafia, suite à l'utilisation des procédés d'évitement de conflits. Et on remarque dès le début un anonymat des personnages et un scotome d'objet manifeste.

Planche 3 BM

"2ثا واها ايظاس احي؟...اولاليمغ داشو ذيكتهدراغ...ويس اوليخدمولا ويس اولسعو لا سواشو ذعيش
ويس داشو ايسطران مسكين...ألأمي لاشو يسعا ذلمشاكل. 1'.53"

Procédés : Demandes faites au clinicien (CC-2) ; temps long et/ ou silences intra-récit (CP-1) ; Critique de soi (CN-9) ; temps long et/ ou silences intra-récit (CP-1) ; surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet (CM-1) ; Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative) (CM-2) ; temps long et/ ou silences intra-récit (CP-1) ; tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité: type 2 (\pm).

Problématique: la problématique dépressive est perçue mais n'est pas développée par la patiente car elle a fait un recours aux procédés d'évitement du conflit avec tendance générale à la restriction.

Planche 4

1'واها اتبان اميزر والله ألي اتميزر مسكين...أحي تزييت...دونيث (prend un souffle) ويس لاشو
تخمين ، ويس لاشو لمشاكل سعان...ايبان الاشو نشغل آ ، ويس اوليخدمولا ، ويس مسكين داشو، بتاث
أتان تثبانذ normal....نواطر(rit). 2'.17"

Procédés : Idéalisation de l'objet à valence négative (CM.2) ; temps long et/ ou silences intra-récit (CP-1) ; Demandes faites au clinicien (CC-2) ; temps long et/ ou silences intra-récit (CP-1) ; Agitation motrice, Mimique et /ou expressions corporelles (CC-1) ; temps long et/ ou silences intra-récit (CP-1) ; Craquées verbales (troubles de la syntaxe) (E17) ; Détails narcissiques, Idéalisation de soi (CN-10) ; temps long et/ ou silences intra-récit (CP-1) ; Perception de détails rares et/ou bizarres(E2) ; Agitation motrice, Mimique et /ou expressions corporelles (CC-1) ; Persévération (E10).

Lisibilité: type 2 (\pm).

Problématique: La problématique conflictuelle du couple n'a pas été ni perçue ni traitée vu le recours de la patiente aux procédés de l'évitement des conflits.

Planche 5

11" (rit) "1" ئاها تئبانذ لاشو ئخدام، لاشو تئخميم فلعمريس.

Procédés : Agitation motrice, Mimique et /ou expressions corporelles (CC-1) ; Anonymat des personnages (CP-3) ; Accent porté sur les conflits intra-personnels (A2.17) ; Tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité: type 2 (\pm).

Problématique: la problématique de l'image maternelle surmoïque, n'est pas perçue ni développée par Chafia puisqu'elle a fait recours à l'anonymat des personnages, et des procédés d'évitement du conflit avec tendance générale à la restriction.

Planche 6 GF

22"...و لله، ذاها أئانئبانذ normal ، ذاها سين ماشي بيون...أولاش وين اربحن كرا ذدونئناذ مساكن، صورنادون أشو سعدان مرا ذابن. 1'03"

Procédés : temps long et/ ou silences intra-récit (CP1) ; Détails narcissique, idéalisation de soi (CN10) ; Hésitations entre interprétations différentes (A2.6) ; temps long et/ ou silences intra-récit (CP1) ; Appel à des normes extérieures (CF4) ; Mise en tableau (CN8).

Lisibilité: type 2 (\pm).

Problématique: la problématique hétérosexuelle n'est pas perçue et n'est pas développée, recours de la patiente aux procédés d'évitement du conflit.

Planche 7 GF

1" ئهيا سناث كيف كيف...ويس أشو تئخمينت مسكاتنت ، ايواش أولخدمنتولا، ايواش أولقرانتولا، ويس ذاشو...تيمزيونا ئيهي...حد أوليقراولا، حد اتواقر، حد (rit) أمنك. 1'23"

Procédés : Relations spéculaires (CN-7) ; Précisions chiffrées (A2.5) ; Anonymat des personnages (CP-3) ; temps long et/ ou silences intra-récit (CP-1) ; Accent porté sur les conflits intra-personnels (A2.17) ; Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative) (CM2-) ; temps long et/ ou silences intra-récit (CP-1) ; Détails narcissiques, Idéalisation de soi (CN-10) ; temps long et/ ou silences intra-récit (CP-1) ; Expressions d'affects et/ou de représentations

massifs liés à toute problématique (dont l'incapacité, le dénuement, la réussite mégalomane, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.) (E9) ; Agitation motrice, Mimique et /ou expressions corporelles (CC-1).

Lisibilité: type 2 (\pm).

Problématique: la relation mère-fille n'est pas perçue, donc la problématique n'est pas élaborée, recours de la patiente à l'anonymat des personnages et aux procédés d'évitement du conflit.

Planche 8 BM

"2 ذاهنا ثلاث، ربعة، ويا لاشو خدمان، شغل آ، يون اخدم سلموس نيغ ذاشو... ولاليمغ ذاشو خدمان، ويس ذاشو خدمان. 58"

Procédés : Précisions chiffrées (A2.5) ; Accent porté sur le faire (CF-3) ; craquées verbales (troubles de la syntaxe) (E17) ; Expressions « crues » liées à une thématique sexuelle ou agressive (E8) ; temps long et/ ou silences intra-récit (CP-1) ; Critique de soi (CN-9) ; Tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité: type 2 (\pm)

Problématique: la problématique agressive n'était pas perçue, ni traitée par le patient, à cause d'utilisation des procédés d'évitement de conflits, par la tendance générale à la restriction.

Planche 9 GF

"30... ويس ذاشو ثخدام فمانيس... سنات كيفكيف، شغل واهنا ذلحقر سيكاس ذاهنا، نيغ طفننادونت قلافتو انكن ذابن. 1'.06"

Procédés : temps long et/ ou silences intra-récit (CP-1) ; relations spéculaires (CN-7) ; Persévération (E10) ; Mise en tableau (CN-8) ; Tendance générale à la restriction (CP-2).

Lisibilité: type 2 (\pm).

Problématique: la problématique de rivalité féminine n'est pas perçue ni élaborée, suite au mécanisme d'évitement de conflits, par une tendance générale à la restriction.

Planche 10

1" بالاك ذيموطان ، بلاك آ... لاشو سعان ذممشاكل. 35"

Procédés : Perception d'objets morcelés (et/ou de personnages malades, malformés) – Fabulation hors image (E6) ; Précautions verbales (A2.3) ; temps long et/ ou silences intra-récit (CP1) ; Persévération (E10) ; Tendance générale à la restriction (CP2).

Lisibilité: type 2 (\pm).

Problématique: la problématique libidinale et la relation père/fille n'est pas perçue ni traitée, suite aux mécanismes d'évitement de conflits par une tendance générale à la restriction.

Planche 11

23"...واها أولاش لعبد ذياس ، ذتصورة ذابن. 29"

Procédés : temps long et/ ou silences intra-récit (CP1) ; Introduction de personnages non figurant sur l'image (B1.2) ; Mise en tableau (CN8) ; Tendance générale à la restriction (CP2).

Lisibilité: type 3 (-)

Problématique: la problématique archaïque à laquelle renvoie la planche n'a pas été perçue ni élaboré, a cause des mécanismes d'évitement de conflits par la tendance générale à la restriction.

Planche 12 BG

25"...تاها ذتصورة ياخي ، أولاش لعبد، أوهو اثايك، يروى لمحايين مسكين، يرقا يتشجرت ياخي،
فطسطا يرقا، فطسطا يصور. 45"

Procédés : Temps long et/ ou silences intra-récit (CP1) ; Mise en tableau (CN8) ; Demandes faites au clinicien (CC2) ; Introduction de personnages non figurant sur l'image (B1.2) ; Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense (A2.7) ; Introduction de personnages non figurant sur l'image (B1.2) ; Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative) (CM2-) ; Perception de détails rares et/ou bizarres (E2) ; Tendance générale à la restriction (CP2).

Lisibilité: type 2 (\pm).

Problématique: la problématique dépressive suggérée par cette planche n'est pas perçue ni élaborée, car la patiente, car la patiente a fait aux mécanismes d'évitement du conflit, avec tendance à la restriction générale.

Planche 13 B

1" هاكا واها والله ألغرق سلمشاكل، ها... Sûr 31"

Procédés: Anonymat des personnages (CP3) / Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative) (CM2-); temps long et/ ou silences intra-récit(CP1) Craquées verbales (troubles de la syntaxe (E17); Tendance générale à la restriction (CP2).

Lisibilité: type 3 (-)

Problématique: la problématique dépressive est perçue de l'idéalisation de l'objet à valence négative, elle n'est pas traitée car la patiente a tendance à la restriction générale.

Planche 13 MF

1" ئاها مسكين لامنهو ايتغان اتاين تسرد...سيقاس ذا ذلغبان دين والله، تثبان. 37"

-Procédés : Expressions « crues » liés à une thématique sexuelle ou agressive (E8) ; Accrochage au contenu manifeste (CF1) ; temps long et/ ou silences intra-récit (CP1) ; Persévération (E10).

-Lisibilité: type 2 (±).

-Problématique: La problématique n'est pas perçue ni traitée car Chafia a fait recours à la persévération.

Planche 19

23" ...ئاها اولاش لعبذ دياس نيغ خاطي؟ دتصواير داين، دتصويرة داين. 32"

-Procédés : Temps long et/ ou silences intra-récit (CP1); Introduction de personnages non figurant sur l'image (B1.2); Demandes faites au clinicien (CC2) ; Mise en tableau (CN8) ; Persévération (E10).

Lisibilité: type 2 (±)

Problématique: la problématique prégénitale n'est pas perçue ni élaborée a cause de l'utilisation des procédés d'évitement du conflit, et de persévération.

Planche 16

"3 بكري اتوغ لعبذ ذيخدم لمال ذي خدام ثيحيرث، ماتشي امثورا ذتكال فقام امثورا. اتوغ بكري لمكلايا امثورا اولاش، ما تسعيت لمال ذيتشت، ما تسعيت ثيحيرث ماولاش اولاش...بكري اتوغ تلا صحة ماتشي امثورا، بكري اتوغ أبتفتولا لعباذ فصيطار امثورا، لعباذ اتوغ زهان ماتشي امثورا لعباذ عيان، اتوغ اميزر ثقرت ايلا ماتشي امثورا ، ايان الان فقام ذلايث ماتشب المماكلا نثورا. لخالات اتوغ اتخا توينند ايكفي نثورا ادريانسنت c'est rare باش اتوياوي ، أوما ثورا أكنان تعيشن سفسوق مرا. "1.57"

Procédés : Accent porté sur le faire (CF3) ; Appel à des normes extérieures (CF4) ; Intégration des références sociales et du sens commun (A1.3) ; temps long et/ ou silences intra-récit (CP1) ; / Anonymat des personnages (CP3) ; / Références personnelles ou autobiographiques (CN2) ; Associations par contigüité, par consonance, coq-à-l'âne (E18) ; Vague, indétermination, flou du discours (E20).

Lisibilité: type 2 (±)

Problématique: Chafia a réactualisé le passé par sa référence personnelle ou autobiographique, mais élaboration de ses confits internes, car elle fait recours aux procédés d'évitement du conflit et par indétermination, flou du discours.

2.1. Les mécanismes de défense à partir du TAT

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

Chafia a traité la plus part des planches avec restriction, dont les procédés d'évitement occupent la première position, où on remarque, qu'elle a avancée beaucoup de tendance générale à la restriction (C/P-2), et un temps de latence long (C/P-1).

- **Les procédés utilisés**

En première position, la prégnance était à la série C d'évitement du conflit avec un pourcentage de 68.33% ; dont on souligne la présence des procédés phobique ; par le temps de latence initial long et/ou silences important intra-récit, avec la tendance générale à la restriction; en deuxième position, on trouve la série E d'émergence des processus primaires avec un pourcentage de 15.83% ,on trouve ,en troisième position la série A des procédés de rigidité avec un

pourcentage de 11.66%, La dernière position était occupée par les procédés de la série B de labilité avec un pourcentage de 4.16%.

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

2.3. Les Problématiques globales

a. La problématique œdipienne

La problématique œdipienne n'a pas été perçue dans toutes les planches, ni traitée, et cela par le fait du recours à la restriction générale et scotome d'objets manifestes.

b. La problématique dépressive

Dans la planche 3BM la problématique dépressive n'est pas perçue par contre dans les planches 12BG et 13B la problématique est perçue mais n'est pas traitée.

c. La problématique archaïque

La Planche 11 n'est pas perçue ni traitée à cause des procédés d'évitement du conflit et la tendance refus, de même pour la planche PL19 dans laquelle Chafia n'a ni perçue ni élaborée le contenu latent de la planche.

Conclusion des données TAT

L'analyse de protocole, nous montre que Chafia, mobilise en première position les mécanismes d'évitement du conflit, dont les procédés phobiques qui sont présents avec un taux élevé, et en deuxième position, on trouve la série E d'émergence en processus primaire, en troisième position on trouve les procédés de contrôle, La dernière position était occupée par les procédés labiles. La plupart des problématiques sont ni perçues ni traitées. A partir de tout le protocole du TAT, Chafia est dotée d'une mauvaise mentalisation.

Résumé du cas

Concernant le fonctionnement mental de Chafia, on constate qu'il est doté d'une mauvaise mentalisation. Premièrement, apparu où cour de son entretien, il a beaucoup mobilisé des mécanismes de tendance générale à la restriction, qui relève des procédés d'évitement du conflit. On ce qui concerne la vie onirique de Chafia elle est pauvre, on le trouve dans les rêves crus, cette hypothèse est

aussi confirmé d'après les données de TAT ; le fonctionnement mental, de la patiente est doté d'une mauvaise mentalisation.

Sur le plan physique chafia, a été atteinte d'une HTA à l'âge de 47 ans, qui a engendré par la suite l'atteinte de la fonction rénale. Quant à son environnement, on le qualifie de favorable, qui se traduit par les bonnes relations familiales. Ce qui lui a permis de ne pas s'effondrer dans une désorganisation somatique.

Le tableau n°4 représente l'évaluation quantitative des procédés présents

A	B	C					E
		P	N	M	C	F	
A1.2=1	B1.2=5	C/P1=	C/N2=2	C/M1=1	C/C1	C/F1=2	E1=1
A1.3=1		24	C/N4=1	C/M2=7	=7	C/F3=2	E2=3
A2.2=1		C/P2=9	C/N7=2		C/C2	C/F4=2	E6=3
A2.3=2		C/P3=6	C/N8=5		=4		E8=2
A2.5=2			C/N9=4				E9=1
A2.6=1			C/N10=4				E10=5
A2.7=1							E17=3
A2.8=2							E18=1
A2.17=3							E20=20
$\Sigma A=14$	$\Sigma B=5$	$\Sigma C/P=39$	$\Sigma C/N=18$	$\Sigma C/M=8$	$\Sigma C/C$	$\Sigma C/F=6$	$\Sigma E=19$
A%	B%						E%
11.66	4.16	$\Sigma C=82$					15.83
$\Sigma=120$							
100%							

Tableau n° 5: Tableau récapitulatif de la population d'étude après l'analyse

Cas	Qualité de la mentalisation
Mourad	incertaine
Makhlouf	incertaine
Hicham	incertaine
Chafia	mauvaise

Chapitre VII

Discussion des hypothèses

Discussion des hypothèses

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

La première hypothèse

Le fonctionnement mental de nos sujets varie de la bonne mentalisation jusqu'à la mauvaise mentalisation. Les personnes ayant une bonne mentalisation ont un espace psychique exploité autant qu'un champ mental qui traite les contenus fantasmatiques; présentent des mécanismes de défense appartenant aux différents registres fonctionnels, ainsi qu'une souplesse dans leur utilisation; une capacité de traitement des situations conflictuelles. Par contre ceux qui sont dotés d'une mauvaise mentalisation se caractérisent par une absence d'un espace psychique pour le traitement des conflits; un attachement à la réalité concrète, et factuelle, des fois, sous forme d'une vie opératoire; et une carence des souvenir, une pauvreté au niveau des expressions affectives. Concernant la mentalisation incertaine, elle se varie entre ces deux types de mentalisation. Et cette qualité du fonctionnement influe sur la tenue du corps.

Effectivement, nos quatre cas on confirmé notre hypothèse, ils ne sont pas doté de même fonctionnement mentale; a partir de l'entretien et particulièrement des TAT, et qui se varie entre une mauvaise mentalisation et une mentalisation incertaine, quant a la bonne mentalisation elle né pas repérer dans notre recherche, suite a sa rareté chez les individus comme la a souligné P. Marty.

Les cas qui ont présenté une mentalisation incertaine sont comme suit:
Mourad, Makhloof, Hicham

Mourad, dans les caractéristiques du fonctionnement mental, de Mourad on trouve une difficulté à évoquer ses souvenirs, il nous a évoqué ses mauvais souvenirs concernant sa rupture avec l'école, la mort de sa mère et sa maladie (IRC). En suite il a évoqué comme bon souvenir les moments où il pratiqué du sport et possède un bon corps. On ce qui concerne la vie onirique, le patient présente des rêves crus. Concernant le contenu de l'entretien les réponses étaient très courtes, donc Mourad est doté d'une mauvaise mentalisation.

L'analyse du protocole, nous montre que la patiente mobilise les mécanismes d'évitement du conflit au premiers plan, avec la prédominance des

procédés de temps de latence long, des tendances générale à la restriction, et en deuxième plan, les procédés du contrôle, par la dominance du procédé d'hésitation entre interprétions différentes, quant au troisième plan, on trouve les procédés labile et les procédés d'émergence en processus primaire, avec un même pourcentage. La plupart des problématiques sont perçues mais ne sont pas traités, car le patient a fait recours à l'évitement du conflit avec tendance générale à la restriction. D'après l'analyse de ses procédés on souligne que le patient est doté d'une mentalisation incertaine.

Selon les deux techniques d'investigations (entretien et TAT), on souligne la variation des données. à partir des données de l'entretien, il nous a apparu que Mourad est doté d'une mauvaise mentalisation. une autre séance, et à partir de l'analyse des données du test du TAT, Mourad est doté d'une mentalisation incertaine, donc le résultat est selon la théorie psychosomatique de P. Marty, ces fluctuations entre les différents moments de vie chez le même patient, témoigne qu'il est dans l'irrégularité du fonctionnement patient, et il s'agit du fonctionnement mental incertain.

Makhlouf, dans les caractéristiques du fonctionnement mental, de Maklouf on trouve comme bon souvenirs les moments passés avec ses amis à l'université, et comme mauvais souvenir, sa rupture avec sa famille. On ce qui concerne la vie onirique, on trouve une pauvreté, il déclare qu'il ne croit pas aux rêves, et ne leur donne pas d'importance. Il répondait pour des questions et d'autres, il 'y'avait aucune réponse pour des événements importants dans sa vie. Donc Makhlouf est doté d'une mentalisation incertaine.

Le patient mobilise les mécanismes d'évitement du conflit au premier plan, et les précautions verbales et les descriptions avec attachement aux détails comme signe de contrôle de soi en deuxième lieu, ce qui explique que la plupart des problématiques sont perçues, mais leurs traitements était non évoqué ni élaboré tandis que le sujet était prudent et bref dans ses interprétation. à partir de ces mécanismes de défense on a constaté que Makhlouf est doté d'une mentalisation incertaine.

Les deux techniques d'investigations (entretien et TAT), on confirmé l'hypothèse du fonctionnement mental, Makhouf est doté d'une mentalisation incertaine.

Hicham, dans les caractéristiques du fonctionnement mental, de Hicham on trouve une réticence concernant l'évocation de ses souvenirs et un sentiment de

désespoir envers l'avenir, en utilisant des mécanismes de contrôle d'ordre spirituel. On ce qui concerne la vie onirique, Hicham présente une résistance à en révéler les contenus. On pense qu'il a une certaine richesse dans le contenu, on a effectué deux entretiens, donc il est doté d'une mentalisation incertaine.

Chafia, Concernant les caractéristiques du fonctionnement mental, de Chafia on trouve que la vie onirique de chafia se caractérise par la présence des rêves crus. On ce qui concerne les souvenirs, sa capacité d'évoquer ses souvenirs a été difficile et présente un certain pessimisme envers l'avenir, "en utilisant des mécanismes de critique de soi d'ordre narcissique. Concernant son fonctionnement mental, il est doté d'une mauvaise mentalisation.

L'analyse de protocole, nous montre que chafia, mobilise en première position les mécanismes d'évitement du conflit, dont les procédés phobiques qui sont présents avec un taux élevé, et en deuxième position, on trouve la série E d'émergence en processus primaire, en troisième position on trouve les procédés de contrôle, La dernière position était occupée par les procédés labiles. La plupart des problématiques sont ni perçues ni traitées. A partir de tout le protocole du TAT, Chafia est doté d'une mauvaise mentalisation.

Les deux techniques d'investigation (entretien et TAT), ont confirmé l'hypothèse du fonctionnement mental, Chafia est dotée d'une mauvaise mentalisation.

La deuxième hypothèse

Comprendre le fonctionnement mental des hémodialysés est une étape capitale dans leur pronostic:

1. Dans la plupart des cas, les hémodialysés qui ont un bon fonctionnement mental, traitent et élaborent les excitations au niveau mental. Ce qui entraîne l'apparition d'une symptomatologie psychique, découlant de l'intensité d'énergie. Ou alors, si cette symptomatologie psychique existait auparavant, elle serait renforcée. Mais quand il est impossible de traiter les excitations au niveau mental, deux possibilités peuvent se présenter :

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

Dans les quatre cas investigués, on n'a pas trouvé des cas qui se caractérisent par une bonne mentalisation.

2. Pour ce qui est des hémodialysés qui ont un fonctionnement mental incertain, l'apparition des complications est liée à la qualité de leur fonctionnement mental, c'est-à-dire selon la variabilité des moments. Néanmoins, cette valeur fonctionnelle se stabilise et devient équilibrée si l'environnement est favorable.

Mourad, Dans les antécédents médicaux de Mourad, on a trouvé aucune maladie connue jusqu'à l'année de 2010, où il a contracté une hypertension artérielle, qui a entraîné une hémiplégié de la main et l'œil droit; ce qui a nécessité une hospitalisation de deux mois. À ce moment là, les médecins ont diagnostiqués son insuffisance rénale chronique au stade terminale, il déclare; "j'ai contracté une hypertension artérielle qui a touché mon œil droit, et même ma main droite, au point de ne pas arriver à faire un geste, pour cela, j'étais hospitalisé pendant deux mois, où les médecins ont diagnostiqué ma maladie actuelle ". a cela s'ajoute un trouble de sommeil qu'il présente dès son jeune âge, le somnambulisme. Mourad a vécu des événements, malheureux, qui ont marqués sa vie, dont la perte de sa mère qui l'a beaucoup affectée, le jour où il a été obligé de quitter l'école, ainsi que le jour où il s'est rendu compte de sa maladie et sa connaissance de sa chronicité de sa maladie, où il a perdu son autonomie. Il déclare: "au début j'ai accepté ma maladie, car je la voyais comme tout autre maladie, mais le jour où je me suis rendu compte de sa chronicité, j'ai senti que c'est fini". Quant à son environnement On note que l'environnement familial de Mourad est défavorable, il ne s'entend pas avec les membres de sa famille, mais l'environnement extérieur, notamment ses amis qui est d'une connotation positive lui procure un certain équilibre.

Makhlouf, les antécédents médicaux du patient, ne font d'aucune maladie ni d'intervention chirurgicale ni d'hospitalisation, à part des maux de tête, des malaises d'estomac ou des odontalgies, en 2013 Makhlouf était atteint d'insuffisance rénale chronique, il était hospitalisé deux fois au service de néphrologie. Au cours de l'entretien, avant d'être en insuffisance rénale chronique, le patient nous a avoué qu'il a vécu une période très dure dans son entourage, séparé avec sa famille depuis une longue période, Makhlouf est resté à la résidence universitaire afin d'y trouver refuge. En plus, sa séparation avec ses amis, avec lesquels il a passé le cursus, qui ont tous quitté l'université afin

de rejoindre leur milieu professionnel, mais par contre, lui il n'a pas eu cette opportunité, à cause d'énormes problèmes. Il paraît que Makhoul s'est disputé avec ses parents, ce qui a causé une rupture. Notamment, il est très déçu et touché par sa séparation avec sa mère, qu'il aimait beaucoup. Pour ses frères, ils les détestent à cause de leur moquerie et de leur marginalisation, ce qui a provoqué chez lui un sentiment d'infériorité et une estime de soi négative. Quant à son environnement, on le qualifie de défavorable, qui se traduit par les mauvaises relations familiales notamment avec ses parents, et ses frères, en parallèle, il est en rupture totale avec ses amis, ce qui lui a permis de s'effondrer dans un isolement de son environnement

Hicham, Les antécédents médicaux du patient, ne font d'aucune maladie ni d'intervention chirurgicale ni d'hospitalisation.

Il a contracté l'insuffisance rénale chronique (IRC) à l'âge de 59 ans. Le début de sa maladie était silencieux, à ce propos il nous a dit: " j'ignore le début de cette maladie"; le diagnostic de l'IRC chez ce sujet était confirmé par le taux de la créatinine élevé, (175 mg/l). Sa maladie est due à l'hypertension artérielle (HTA) qu'il avait contracté depuis une dizaine d'années. Durant l'entretien, Hicham n'a pas vraiment parlé de ses souvenirs, il a montré une certaine réticence à les narrer à l'exception des mauvais souvenirs qu'on a déjà cités. Néanmoins il s'est contenté de nous répéter que les seuls souvenirs, dont il se souvient et qui ont vraiment marqué sa vie, sont ses succès au travail. Quant à son environnement, on le qualifie de favorable, qui se traduit par les bonnes relations familiales, il est en bon contact avec ses ex-collègue de travail, ce qui lui a permis de ne pas s'effondrer dans une désorganisation somatique.

3. Les hémodialysés qui présentent une mauvaise mentalisation peuvent échapper aux complications par le biais d'un environnement favorable. Mais dans le cas où l'environnement est défavorable, l'hémodialysé vire facilement vers la somatisation, s'il reste exposé à des traumatismes psychiques, il atteint le mouvement de désorganisation somatique qui peut être inévitable.

Chafia, Dans les médicaux de Chafia, on trouve on a trouvé aucune maladie connue jusqu'à l'année de 2002, où elle a contracté une hypertension artérielle, qui a engendré 10 ans plus tard une insuffisance rénale chronique terminale. à cela s'ajoute l'apparition des gripes de temps à autres des gripes.

La patiente a une carence et difficultés pour évoquer ses souvenirs. Néanmoins elle s'est contentée de nous répéter que les seuls souvenirs dont elle se souvient et qui l'ont vraiment marqué sont ceux de la perte de deux membres de sa famille suite à la maladie d'insuffisance rénale et la mort de la femme de son beau frère, qui est décédé depuis une dizaine de jours avant notre premier entretien, et avec laquelle elle s'entendait bien et elle nouait de bonne relation. Enfin, elle nous a parlé des échanges de cadeaux entre les membres de la famille pendant les fêtes, considérés comme des bons moments. Sur le plan physique chafia, a été atteinte d'une HTA à l'âge de 47 ans, qui a engendré par la suite l'atteinte de la fonction rénale. Quant à son environnement qualifié de favorable, qui se traduit par les bonnes relations familiales. Ce qui lui a permis de ne pas s'effondrer dans une désorganisation somatique.

Nos hypothèses concernant le fonctionnement mental chez les hémodialysés, sont réfutables et non absolues, car les résultats de notre population d'étude ne représentent pas la population mère, de tous les malades atteints de cette maladie.

Conclusion générale

Conclusion générale

L'analyse des quatre vignettes cliniques présentées, et les résultats de notre travail, soulignent l'extrême variété, la complexité des organisations mentales des insuffisants rénaux, cependant les mêmes causes ne produisent pratiquement jamais les mêmes effets sur deux sujets différents, puisque l'être humain est très complexe. On peut déduire de notre recherche, que le fonctionnement mental des hémodialysés se caractérise par une variété qui se manifeste selon la nosographie élaborée par P. Marty ; une mentalisation incertaine, une mauvaise mentalisation, par contre la qualité de la bonne mentalisation n'était pas caractéristique de notre population d'étude parce qu'elle est très restreinte, « quatre cas ».

La théorie psychosomatique est l'arrière plan adopté dans la réalisation de notre recherche, cette théorie unit le psychique et le corps, dont l'un ne peut se détacher de l'autre et l'être humain est considéré comme une entité complexe et continuelle, donc il est impossible de comprendre la maladie organique et de la traiter, si on se réfère pas à l'économie psychosomatique générale du sujet qui se maintient à travers la régulation, engageant tous les registres du fonctionnement dont dispose l'individu à tel moment de son existence.

Dans notre recherche intitulée « le fonctionnement mental chez les hémodialysés », que nous avons réalisé dans deux établissements publics, souligne la différence, dans le fonctionnement mental de nos patients.

Toutes les modalités du fonctionnement selon P.Marty, se caractérisent par l'irrégularité du fonctionnement mental. Ces unités sont : la névrose bien mentalisée (bonne mentalisation) qui se caractérise par une capacité de traiter et négocier l'angoisse, une bonne qualité d'élaboration psychique et aussi une richesse fantasmatique. La mentalisation incertaine dont la symptomatologie est douteuse, l'irrégularité du fonctionnement mental est patente. Enfin, la névrose mal mentalisée, dans laquelle, on a intégré les sujets représentant une névrose du comportement qui se caractérise par une pauvreté des représentations et c'est les plus exposés à la somatisation.

Donc, les caractéristiques de l'organisation mentale et les rapports environnementaux (social, familial, professionnel, médical, relationnel...etc.) jouent un rôle fondamental dans le maintien de l'équilibre psychosomatique.

C'est dans cette conception que R. Debray a confirmé que le traitement adapté ne doit pas se déterminer à partir d'une perturbation physique cependant, la prise en charge thérapeutique doit se baser sur les malades et non pas sur les maladies.

D'après tout ce qui précède on pourra dire que la première hypothèse, est confirmée, les caractéristiques du fonctionnement mental des hémodialysés, sont différentes d'un cas à un autre selon les types de mentalisations déjà soulignés.

La deuxième hypothèse est aussi confirmée, du fait que l'apparition des maladies et complications sont liées à la qualité de leur fonctionnement mental, les hémodialysés qui ont un bon fonctionnement mental, traitent et élaborent les excitations au niveau mental. Ce qui entraîne l'apparition d'une symptomatologie psychique et des maladies passagères. Les hémodialysés qui présentent une mauvaise mentalisation peuvent échapper aux complications par le biais d'un environnement favorable. Mais dans le cas où l'environnement est défavorable, l'hémodialysé vire facilement vers la somatisation, s'il reste exposé à des traumatismes psychiques. Pour ce qui est des sujets qui ont un fonctionnement mental incertain, l'apparition des complications est liée à la qualité de leur fonctionnement mental, c'est-à-dire selon la variabilité des moments.

Nos deux hypothèses portées sur le fonctionnement mental des hémodialysés sont réfutables, cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique relative, non statique et non absolue qui est due à notre population d'étude qui ne présente pas la population mère. Ajoutant à ça qu'on n'a pas bénéficié d'une formation spécialisée en psychosomatique.

Notre conclusion s'achève par d'autres questions de perspectives concernant le fonctionnement mental des hémodialysés, qui peuvent être recherchées dans des études ultérieures, par nos camarades étudiants qui sont comme suit :

- Est-ce que le phénomène du rejet du greffon (greffe rénale) est liée à la qualité du fonctionnement mental du greffé ?
- Est-ce que l'observance médicamenteuse est liée à la qualité du fonctionnement mental de l'hémodialysé ?

En fin, le point de vue psychosomatique de P. Marty et ses collaborateurs reste une vision complète qui suscite la compréhension. Ainsi que la thérapie des patients qui souffrent physiquement et moralement. Notre souhait est bien la coopération entre les deux domaines, médicale et psychologique, dans la prise en charge des malades en adoptant la théorie psychosomatique de P. Marty, comme arrière plan théorique.

Bibliographie

Liste bibliographique

1. Anzieu. D et Coll, (1961), « **Les méthodes projectives** », paris, Ed PUF.
2. Bénony. H, Chahraoui. Kh, (1999), « **L'entretien clinique** », Paris, Ed, Dunod
3. Bergert . J. (1972), « **Abrégé de psychologie pathologique, théorie et clinique** », Paris, Ed. Masson.
4. Boubaka. A, (16 Septembre, 2009). « **1300Algeriens souffrent d'insuffisance rénale** », La tribu
5. Boubchir. M. A, (2004), « **Monographie sur l'insuffisance rénale chronique**», Alger, Ed Office des publications universitaires
6. Boubchir. M. A, L. Allouche, A. H. Haned. (2007), « **Maladies rénales** », Alger, Ed Office des publications universitaires.
7. Brelet F. et al. (2003), « **Nouveau Manuel du TAT Approche psychanalytique** », Paris, édition Dunod .
8. Cardenas .M.S,. Et G. Besançon. (1989) , « troubles psychiques au cours de l'hémodialyse chronique et de la transplantation rénale », **in hémodialyse chronique et transplantation rénale** n°6, pp. 75-82.
- 9.. Chabert. C, (2004), « **psychanalyse et méthode projective** », Paris, Ed Dunod
10. Chahraoui. Kh, Bénony. H, (2003), « **Méthodes, évaluation er recherche en psychologie clinique** », Paris, Ed, Dunod.
11. Chilland C. (1983), « **L'entretien clinique** », Paris, édition PUF.
12. Chemouni J. (2000), « **Psychosomatique de l'enfant et de l'adulte** » Paris, Edition Nathan.
13. Consoli. S.M (1990), « Trouble psychiatrique des insuffisants rénaux chronique », **in la revue du praticien**, Paris, pp641.
14. Cupa. D. (2002), « **psychologie en néphrologie** », Paris, Ed K.

15. Debray. R. (1983), « **L'équilibre psychosomatique** », Paris, Ed. Dunod
16. Depeyre. J, (Mai, Juin 2010), « **Qu'implique le diagnostique d'une insuffisance rénale chronique** », Genève
17. Descamps. M-C 2008, « **visa pour le pccm1 : biologie**», Paris, Ed Dunod.
18. Forum d'el Moujahid. (2011), « **1,5 million d'insuffisants rénaux en Algérie**», El Moujahid.
19. Haynal A, et all. (1978), « **médecine psychosomatique aperçu psychosociaux** », Paris, Ed. Masson
20. Kamienieniecki. H. (1994), « **histoire de la psychosomatique** », Paris, Ed. PUF
21. Marieb. E. N, (2008), « **Biologie humaine : principes d'anatomie et de physiologie** », Paris, Ed Pearson Éducation France : Nouveaux Horizons'ARS.
22. Marty P. (1976), « **Les mouvements individuels de vie et de mort, essai d'économie psychosomatique** », Paris, édition. Payot.
23. Marty. P. (1980), « **l'ordre psychosomatique** », Paris, Ed. Payot
24. Marty. P (1984), à propos des rêves chez les malades somatique, « **in Revue française de psychanalyse, 5/1984** », PP. 1144 - 1161.
25. Marty P. (1990), « **La psychosomatique de l'adulte** », Paris, édition PUF.
26. Marty P. (2004), « **La psychosomatique de l'adulte** », Paris, édition PUF.
27. Reuchlin, Maurice (2002), « **Les Méthodes en psychologie** », paris, Ed. P.U.F .Pardinielli J-L. (1994), « **Introduction à la psychologie clinique** », Paris, édition Nathan.
28. Perron R. (1985), « **Genèse de la personne** », Paris, édition PUF
29. Pr Jacquot, (1991), « perturbations psychologiques au cours de l'hémodialyse ou de la perturbation », **in dialogue 85**, Paris, actualités internationales
30. Quevauvilliers.J, (2009), « **Dictionnaire médical** », Italie, Ed. Masson
31. Ramé. A, Théron.S, « **Anatomie et physiologie** », Paris, Ed. Elsevier

32. Shentoub V. et al. (1970/71), Fondements théoriques du processus TAT, « **in Bulletin de psychologie** », vol 24, n°12-15, pp.897-903.
33. Shentoub. V et Coll. (1990). « **Manuel d'utilisation du TAT, approche psychanalytique** », Paris, Ed Dunod.
34. Sichel.J. P, Roueff. E (1975), Aspects psychiatriques de l'hémodialyse chronique, « **in revue de médecine psychosomatique** », Tome 17 n 4"
35. Sillam. N. (1991), « **Dictionnaire de psychologie** », Paris, Ed. Larousse.
36. Simon. P. (2007), « **L'insuffisance rénale : prévention et traitements** », Paris, Ed Masson.
37. Tribolet. S, Et Shahidi.M (2005), « **nouveaux précis de sémiologie des troubles psychiques** », Paris, Ed Heurs de France

Annexes

Annexes A

Le guide d'entretien en Kabyle

لمعلومات اكنان اموطنين-

- -امك اسميك؟
- -اشحال كلعمريك؟
- -المي داشحال ائقراط؟
- داشو ائخدمات؟
- -اماك تزوجت ؟ اشحال اتسعيت ندريا؟

1.معلومات اكنان شسحيحت نتورا نماطون

- داشو ذدوا ننتسوت ثورا؟ اي امك اتتعيشت لهلكاذ ؟
- أيوقت إتبذيت ليمودياليز نثامزوارث؟ امك اتعشت لحلايد؟
- هذرانغذ فلهلكاذ أمالك إكئبذ واحي مالك ائطور؟
- داشو ذلهلاكات اتستباع لهلاكاذ نك ؟
- اماك اتتعيشت دننيك سكسيال واحي تمتوتك / (أرغزيم) ؟
- مايلا اتكشمت سييطار فسبة لهلاكاذ؟ أشحال إبردان؟
- هذرانغذ فلنصطلاصيو لكثير؟
- تتحذرات ريجميك؟
- ما تحواجت لمساعدة نحد قلهيتيك ؟
- يلا حد اكهالكن سلهلكاذ كلافميينك؟

2. لمعلومات اكنعان صحة نزيك نموطن

- شسعيت كرا لهلاكاث كئمزيبينك؟
- مايلآ لهلاكاث كرا وسان سلهلاك ايلن او قبل لهلاكاذ نئقزال ؟
- ئكشمط سبيطار فسبة لهلاك ايلن؟
- ئخدمت ابرصيون اقبل لهلاكاذ؟
- داشو ننتائج لهلاكاث فلحييتك؟

3. لمعلومات اكنعان اقرويس

- اغورك، داشو ذسبة نئمزوارث مكتبذا لهلاكيك؟
- أماك اكنطرا مي ئعلمت سلهلكذ ؟
- سقمي ائهالكث نبدالنت لعلقائيك واحي دلفميينك ناغ ذمدوكليك؟
- اماك لعلقائيك واحي ذطبيبيك ، واحي ذفرمليين؟
- اماك لهلاكك اجنيك كلخدماينك، ناغ كلقرايبينك؟
- منهوايبين دي ذك سقمي ائهلكت؟
- أماك ئزرات وذاك الان سصحة نسن؟
- اقبل اهلكت لهلاكاذ ئعاشت انكارا لحوايح اكسخلان بزاف؟ أشحال اتوغ قلعمرريك ؟
- ئزمرت ايدهدرت فلسفونير ينك؟
- امكينئايلا ندميك اقبل مذهلكت واحي مبعد مئهلكات ؟
- هذريد فئيرينيك ؟ اماك ينن ائقريينيك ؟
- داشو ذلحوايح نئحبت اخدمت مي ذي سعوت لوقت؟
- اماك ئزرات لمستقبل ؟ داشو ذلبرجي اشسعيط ازاث ، داشو ائبغيط اتخدمت؟
- هضريذ فاشو ائبغيط؟

Annexes B

PROCÉDÉS DE LA SÉRIE A
(Contrôle)

A0 Conflictualisation intra-personnelle

A1

- 1- Histoire construite proche du thème banal
- 2- Recours à des références littéraires, culturelles, au rêve
- 3- Intégration des références sociales et du sens commun

A2

- 1- Description avec attachement aux détails (dont certains rarement évoqués), y compris expressions et postures
- 2- Justification des interprétations par ces détails
- 3- Précautions verbales
- 4- Éloignement temporo-spatial
- 5- Précisions chiffrées
- 6- Hésitations entre interprétations différentes
- 7- Aller et retour entre l'expression pulsionnelle et la défense
- 8- Remâchage, ruminantion
- 9- Annulation
- 10- Élément de type formation réactionnelle (propreté, ordre, aide, devoir, économie, etc.)
- 11- Dénégation
- 12- Insistance sur le fictif
- 13- Intellectualisation (abstraction, symbolisation, titre donné à l'histoire en rapport avec le contenu manifeste)
- 14- Changement brusque de direction dans le cours de l'histoire (accompagné ou non de pause dans le discours)
- 15- Isolement des éléments ou des personnages
- 16- Grand détail et/ou petit détail évoqué et non intégré
- 17- Accent porté sur les conflits intra-personnels
- 18- Affects exprimés à minima

PROCÉDÉS DE LA SÉRIE B (Labilité)

B0 Conflictualisation interpersonnelle

B1

- 1- Histoire construite autour d'une fantaisie personnelle
- 2- Introduction de personnages non figurant sur l'image
- 3- Identifications souples et diffusées
- 4- Expressions verbalisées d'affects nuancés, modulés par le stimulus

B2

- 1- Entrée directe dans l'expression
- 2- Histoire à rebondissement, Fabulation loin de l'image
- 3- Accent porté sur les relations interpersonnelles. Récit en dialogue
- 4- Expressions verbalisées d'affects forts ou exagérés
- 5- Dramatisation
- 6- Représentations contrastées, Alternance entre des états émotionnels opposés
- 7- Aller/retour entre des désirs contradictoires. Fin à valeur de réalisation magique du désir
- 8- Exclamations, commentaires, digressions, références/appréciations personnelles
- 9- Érotisation des relations, prégnance de la thématique sexuelle et/ou symbolisme transparent
- 10- Attachement aux détails narcissiques à valence relationnelle
- 11- Instabilité dans les identifications. Hésitation sur le sexe et/ou l'âge des personnages
- 12- Accent porté sur une thématique du style : aller, courir, dire, fuir, etc.
- 13- Présence de thème de peur, de catastrophe, de venège, etc. dans un contexte dramatisé

PROCÉDÉS DE LA SÉRIE C (Évitement du conflit)

C/P

- 1- Tli long et/ou silences importants intra-récit
- 2- Tendance générale à la restriction
- 3- Anonymat des personnages
- 4- Motifs des conflits non précisés, récits banalisés à outrance, impersonnels, placages
- 5- Nécessité de poser des questions. Tendance refus.
- Refus
- 6- Évocation d'éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêts dans le discours

C/N

- 1- Accent porté sur l'éprouvé subjectif (non relationnel)
- 2- Références personnelles ou autobiographiques
- 3- Affect-titre
- 4- Posture signifiante d'affects
- 5- Accent mis sur les qualités sensorielles
- 6- Insistance sur le repérage des limites et des contours
- 7- Relations spéculaires
- 8- Mise en tableau
- 9- Critiques de soi
- 10- Détails narcissiques. Idéalisation de soi

C/M

- 1- Surinvestissement de la fonction d'étrayage de l'objet
- 2- Idéalisation de l'objet (valence positive ou négative)
- 3- Pirouettes, virevoltes

C/C

- 1- Agitation motrice, Mimiques et/ou expressions corporelles
- 2- Demandes faites au clinicien
- 3- Critiques du matériel et/ou de la situation
- 4- Ironie, dérision
- 5- Clin d'œil au clinicien

C/F

- 1- Accrochage au contenu manifeste
- 2- Accent porté sur le quotidien, le factuel, l'actuel, le concret
- 3- Accent porté sur le faire
- 4- Appel à des normes extérieures
- 5- Affects de circonstance

PROCÉDÉS DE LA SÉRIE E (Émergence en processus primaire)

E

- 1- Scotomes d'objets manifestes
- 2- Perception de détails rares et/ou bizarres
- 3- Justifications arbitraires à partir de ces détails
- 4- Fausses perceptions
- 5- Perception sensorielle
- 6- Perception d'objets morcelés (et/ou d'objets détériorés ou de personnages malades, mal formés) - Fabulation hors image
- 7- Inadéquation du thème au stimulus - Abstraction, symbolisme hermétique
- 8- Expressions « crues » liées à une thématique sexuelle ou agressive
- 9- Expressions d'affects et/ou de représentations massifs liés à toute problématique (dont l'incapacité, le déracinement, la réussite mégalomane, la peur, la mort, la destruction, la persécution, etc.)
- 10- Persévérance
- 11- Confusion des identités (téléscopage des rôles)
- 12- Instabilité des objets
- 13- Désorganisation des séquences temporelles et/ou spatiales
- 14- Perception du mauvais objet, thèmes de persécution
- 15- Clivage de l'objet
- 16- Recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physiologies ou attitudes
- 17- Craquées verbales (troubles de la syntaxe)
- 18- Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'âne
- 19- Associations courtes
- 20- Vague, indétermination, flou du discours