

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix- Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES, SOCIALES ET EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES ET SOCIALES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace- Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
THE SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

VÉCU DE L'HÉMODIALYSE ET IMAGE DU CORPS CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT D'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

Mémoire rédigé et présenté en vue de l'obtention du Master en Psychologie

Spécialité : Psychopathologie et Clinique

Par

ABINA Xavier

Licencié en Psychologie

Spécialité : Psychopathologie et Clinique



MEMBRES DU JURY

Président

TSALA TSALA Jacques Philippe

Professeur

Rapporteur

BITOGO Joseph Blaise

Chargé de cours

Membre

MENGOUA Placide

Chargé de cours

JUILLET 2024

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de son utilisation.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Educatives, de l'université de Yaoundé I, n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce Mémoire ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

SOMMAIRE

DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES ET DES SCHEMAS	vi
LISTE DES ANNEXES.....	vii
RESUME.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION.....	1
PARTIE I : CADRE THEORIQUE	4
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ÉTUDE	5
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE	19
PARTIE II : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE	77
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	78
CHAPITRE 4 : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES DE L'ETUDE	105
CHAPITRE 5 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION.....	123
CONCLUSION.....	160
BIBLIOGRAPHIE	162

A

Mes filles Ange Murielle & Danielle Alicia

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail n'aurait pu être faite sans le soutien de ces membres que nous tenons à remercier. Il s'agit de :

- ❖ Dr BITOGO Joseph Blaise pour avoir accepté de diriger ce travail ;
- ❖ Le Chef de Département, Pr. EBALE MONEZE Chandel qui nous a facilité l'obtention de notre lettre de mise en stage sans laquelle, nous ne pourrions aller sur le terrain ;
- ❖ Le Pr. Jacques-Philippe TSALA TSALA, Coordonnateur du Centre de Recherche et de Formation Doctorale des Sciences Humaines et Sciences Sociales pour ses enseignements sur la recherche et la facilité avec laquelle il nous a procuré les documents administratifs nécessaires pour la réalisation de cette recherche ;
- ❖ Tous les enseignants du Département de psychologie de l'Université de Yaoundé 1 pour leurs enseignements ;
- ❖ Tout le personnel du CHU-Yaoundé en particulier ceux de l'unité d'hémodialyse pour leur accueil ;
- ❖ Ma famille maternelle pour leur soutien habituel ;
- ❖ Mes amis et frères : Nnomo Patrick, Obounou Dominique Rosy, Minlo Gaston, Essomba Bikoé Liboir pour leurs soutiens multiformes ;
- ❖ A tous mes camarades de promotion de Master pour leur encouragement.

.

LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AV	: Artério-Veineuse
AVC	: Accident Vasculaire Cérébrale
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé
CSU	: Couverture Santé Universelle
DFG	: Débit de Filtration Glomérulaire
ETP	: Education Thérapeutique
HD	: Hémodialyse
HTA	: Hypertension Artérielle
IMC	: Indice de Masse Corporelle
IRA	: Insuffisance Rénale Aigue
IRC	: Insuffisance Rénale Chronique
IRT	: Insuffisance Rénale au Stade Terminale
MRC	: Maladie Rénale Chronique
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
VIH-SIDA	: Virus d'Immuno Déficience Acquise

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	: Classification des stades d'évolution de la MRC	19
Tableau 2	: Tableau synoptique.....	82
Tableau 3	: Statistiques des pathologies en 2022	83
Tableau 4	: Caractéristiques des participants	88
Tableau 5	: Synthèse des étapes de l'analyse de contenu selon Castillo 2021.....	96
Tableau 6	: Tableau des unités d'analyse	98
Tableau 7	: Analyse des éléments du discours	102

LISTE DES FIGURES ET DES SCHEMAS

▪ LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Distribution des patients par tranche d'âge pur l'année 2022.....	28
Figure 2 : Distribution des patients au premier trimestre par an	28
Figure 3 : Patients en dialyse au CHU de 2020 à 2022.....	29
Figure 4 : Survie en hémodialyse au CHU-Yaoundé	30
Figure 5 : Taux de mortalité comparatif selon l'âge en France	30
Figure 6 : Espérance de vie comparative en France (année)	31

▪ LISTE DES SCHEMAS

Schéma 1 : Appareil urinaire	20
Schéma 2 : Prise de dialyse	27

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Lettre de mise en stage.....	159
ANNEXE 2 : Restitution des entretiens individuels	160
ANNEXE 3 : Formulaire du consentement libre et éclairé des participants	171
ANNEXE 4 : Les échelles	172

RESUME

Ce travail de recherche porte sur le vécu de l'hémodialyse et l'image du corps chez les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique. L'objectif de cette recherche est d'appréhender les mécanismes psychiques interférant dans la sauvegarde de l'image du corps chez les patients du CHU-Yaoundé durant leur vécu de l'hémodialyse. Le fait que la mort imprime très souvent ses marques durant le vécu de l'hémodialyse chez les patients, une catégorie de ceux-ci se distingue par quelques critères de sauvegarde de l'image du corps. Le traumatisme généré par ce processus thérapeutique ne semble pas trop affecté leur équilibre somato-psychique contrairement à la grande majorité des patients dont la survie atteint rarement les trois ans de dialyse comme l'attestent les données recueillies et la littérature sur la survie en hémodialyse. Pour ces patients, la dialyse représente l'arrêt de la vie, c'est la mort sous une forme illusoire de maintien de la vie. Voilà pourquoi la perte narcissique manifestée sous forme de sentiment d'infériorité, de honte et de culpabilité (Cupa, 2002 ; Aubrée, 2015) se fait observer dans leur discours et leur comportement, pendant que chez une minorité de patients, on constate une survie assez remarquable. Cette mortalité se justifie d'ailleurs par les prédictions théoriques de Freud (1914) sur la question de l'énergie pulsionnelle. En effet, Freud soutient que tant qu'il n'y a pas guérison, le moi ne peut pas refluer l'énergie avec le corps, ce d'autant plus que le sujet a retiré sa libido des objets du monde du fait de son affection organique et surinvesti le corps, ce moi se trouve dans la difficulté à reprendre cette énergie car il ne reconnaît plus ce corps déchiqueté et morcelé. Or, certains patients réussissent l'exploit de prolonger leur survie au-delà des 4 ans de dialyse sur les 164 patients recensés. Ils parviennent à reprendre assez rapidement le sentiment de contrôle de leur corps, assument des rôles sociaux, entretiennent des projets, voient les bénéfices de l'observance thérapeutique, signes qui témoignent d'une forme de vitalité. Curieux de savoir ce qui expliquerait un tel contraste dans le vécu des patients alors qu'ils sont tous soumis au même traitement, c'est pourquoi nous avons opté pour l'exploration des mécanismes psychiques susceptibles de justifier la sauvegarde de l'image du corps chez cette minorité de patients. La collecte des données auprès de 5 sujets hémodialisés avec un guide d'entretien semi-directif nous a permis de comprendre que les sujets optent pour un travail du négatif en remplaçant le vide psychique (Panos Aloupis, 2017) créé par le traumatisme de la maladie par des états tels que les croyances qui aident à nier la souffrance infligée par la dialyse (Green, 1993). Pour se soustraire du danger de la mort ou de la frustration, le sujet procède par la construction de l'absence de la menace, la réalité psychique prenant ainsi le dessus sur la réalité matérielle. Mais au-delà de cette conception du travail du négatif centré sur la croyance, les sujets rencontrés expriment aussi un vécu particulier qui intègre un ensemble de prédispositions très

particulières à savoir l'absence de névrosisme, l'extraversion et un état de conscience aiguë.

Mots clés : l'hémodialyse, travail du négatif, image du corps, mécanisme psychique.

ABSTRACT

ABSTRACT

This research work concerns the experience of hemodialysis and the image of the body in patients with chronic kidney failure. The objective of this research is to apprehend the psychic mechanisms interfering in the safeguarding of the body image in patients in the CHU-Yaoundé during their hemodialysis experience. The fact that death very often imprints its marks during the experience of hemodialysis in patients, a category of these is distinguished by some criteria for saving the image of the body. The trauma generated by this therapeutic process does not seem too affected their somato-psychic balance unlike the vast majority of patients whose survival rarely reaches the three years of dialysis as evidenced by the data collected and the literature on hemodialysis survival. For these patients, dialysis represents the end of life, it is death in an illusory form of maintaining life. This is why the narcissistic loss manifested in the form of a feeling of inferiority, shame and guilt (Cupa, 2002; Aubrée, 2015) is observed in their discourse and their behavior, while in a minority of patients, there is quite remarkable survival. This mortality is justified by the theoretical predictions of Freud (1914) on the question of drive energy. Indeed, Freud maintains that as long as there is no healing, the ego cannot reflect energy with the body, all the more since the subject has removed his libido from the objects of the world because of his organic affection and superego the body, this self is in the difficulty of taking up this energy because it no longer recognizes this shred and fragmented body. However, some patients succeed in prolonging their survival beyond 4 years of dialysis out of the 164 patients identified. They manage to resume fairly the feeling of their bodies, assume social roles, maintain projects, see the benefits of therapeutic observance, signs that testify to a form of vitality. Curious to know what would explain such a contrast in the experience of patients when they are all subject to the same treatment, which is why we have opted for the exploration of psychic mechanisms likely to justify the safeguard of the image of the body in this minority of patients. The collection of data from 5 hemodialyses subjects with a semi-structured interview guide allowed us to understand that the subjects opt for a work of the negative by replacing the psychic vacuum (Panos Aloupis, 2017) created by the trauma of the disease by places such as the beliefs which help to deny the suffering inflicted by dialysis (Green, 1993). To evade the danger of death or frustration, the subject proceeds by the construction of the absence of the threat, the psychic reality thus taking over on material reality. But beyond this conception of the work of the negative centered on belief, the subjects encountered also express a particular

experience which integrates a set of very specific predispositions, namely the absence of neuroticism, extraversion and a sharp state of consciousness.

Keywords: hemodialysis, negative work, body image, psychic mechanism.

INTRODUCTION

En Afrique, le début du 21^{ème} siècle a été marqué sur le plan de la santé par la lutte contre les grandes pandémies telles que le VIH-SIDA, le paludisme, la tuberculose au détriment des autres affections comme le diabète, les AVC et l'insuffisance rénale. De nos jours, ces dernières affections semblent désormais être la préoccupation des décideurs et chercheurs qui s'organisent tant bien que mal pour faire face à ce qui est considéré aujourd'hui comme une menace en santé des populations. Pour ce qui est de l'insuffisance rénale, il s'agit d'une affection qui fait de plus en plus son lit dans nos formations hospitalières. Elle fait partie des maladies chroniques les plus redoutées de l'heure au regard non seulement des taux de mortalité assez élevés mais aussi de la lourdeur de la thérapie. Voilà pourquoi, certains pays l'ont considéré comme un problème de santé publique (Fouda, 2017).

Ainsi, pour répondre à cette menace sanitaire, le milieu médical fait de plus en plus recours à l'usage des équipements sophistiqués dans le processus thérapeutique de leurs patients. Dans le cadre de ce travail, il s'agit des machines à dialyse considérées comme le rein artificiel qui vient suppléer le rein malade et repousser de ce fait les limites de la vie. A l'entame, le sujet doit faire face à la douleur des annonces. Très souvent, l'annonce d'une maladie chronique crée le choc et bouleverse la cohérence du monde. Il s'en suit la prise en compte des douleurs psychiques dues aux multiples pertes. D'abord, la perte de sa santé qui amène le sujet à se rendre brutalement compte de sa mortalité. D'autres types de pertes dans le registre corporel sont aussi douloureux à vivre liées aux exigences du traitement et les effets secondaires du traitement. Le corps qui auparavant était uniforme, suscite des regards scrutateurs en raison de l'inquiétante étrangeté qu'il suscite dans sa nouvelle configuration avec la machine. La perte de liberté et de temps liées à la dépendance à la machine constituent la contrainte la plus douloureuse à vivre psychiquement, en particulier par le sentiment d'impuissance qu'elle génère (Cupa, 2002).

Aussi, les soins en dialyse bouleversent-ils la vie socioprofessionnelle : le sujet peut perdre son statut au sein de la famille, il perd des amis, son emploi, toutes choses susceptibles d'émousser le plaisir de la vie. Les douleurs concernent aussi des pertes de soi. En effet la perte d'un organe vital renvoie à l'incapacité pour le sujet à s'autoconserver, l'incapacité à se faire vivre seul. Cela lui inflige une profonde blessure narcissique. Le sujet se trouve donc

dans une situation de nourrisson car, pour vivre, il doit faire recours à une machine. Les effractions du soma sont nombreuses et peuvent conduire à un vécu d'effractions psychiques. Le sujet se retrouve dans un vécu d'incertitude. L'ensemble de ces énoncés en dialyse le plonge finalement dans un vécu de deuil permanent, d'où la présence de l'angoisse de mort dans le discours du sujet.

Partant de nos observations et en tenant compte de la littérature consacrée sur la mortalité et la survie en hémodialyse (Fouda, 2017), il ressort que cette mortalité élevée est surtout due aux représentations de la maladie, au mauvais lien que le sujet établit avec ces machines, aux mauvais cadres institutionnel et familial. Cette mortalité se justifie d'ailleurs par les prédictions théoriques de Freud sur la question de l'énergie pulsionnelle. En effet, Freud prévoit que tant qu'il n'y'a pas guérison, le moi ne peut pas refluer l'énergie avec le corps. Le sujet ayant surinvesti le corps, le moi se trouve dans la difficulté à reprendre cette énergie car le moi ne reconnaît plus ce corps déchiqueté et morcelé avec lequel il interagit d'habitude.

Dans cette difficulté de reprise narcissique, cette recherche vise à comprendre pourquoi une infime minorité de patients arrivent cependant à faire face à ce processus éreintant de la prise en charge. Plus concrètement, nous cherchons à investiguer sur les mécanismes psychiques favorisant la sauvegarde de l'image du corps. Il est question de justifier pourquoi malgré les conditions éprouvantes de la dialyse, malgré la présence de thanatos dans les énoncés de la maladie, certains sujets arrivent à entretenir l'idée d'une continuité de corps. Nous chercherons à comprendre ce qui justifie un tel exploit et surtout comment le vécu de l'hémodialyse interfère sur l'image du corps du malade rencontré au CHU de Yaoundé au point de lui permettre d'avoir un sentiment de maîtrise de son corps, de bénéficier des recommandations thérapeutiques, se projeter dans l'avenir, etc.

Pour répondre à ces questionnements, nous allons considérer comme l'indique Pucheu (2015) que le vécu de la dialyse exige à mettre en exergue la problématique du corps éprouvé par la maladie chronique et sous la dépendance à la machine. Nous allons nous interroger sur ce qui justifie selon Pucheu (2015) qu'une minorité de patients s'en sortent avec la dialyse en gardant un sentiment de contrôle sur leur corps. Ce travail consistera à interroger le rapport que le sujet a envers son corps, c'est-à-dire son narcissisme et son estime de soi, toutes choses constitutives de l'image d corps, ceci durant les différentes modalités du vécu en hémodialyse. Nous étudierons plus spécifiquement les mécanismes psychiques mis en œuvre par le malade pour garder une image unifiée de son corps qui se décline sous forme d'un

amour de soi, une activation du rapport à l'autre et une construction des valeurs sociales. Il est question de savoir ce qui favoriserait la projection du patient dans le temps, projection qui se ferait naturellement avec son corps dans ses formes les plus usuelles. Autrement dit, nous chercherons à savoir comment certains sujets se désolidarisent de cette image communément partagée chez la plupart des patients, c'est-à-dire l'image du deuil du corps, un corps cadavre, morcelé, c'est-à-dire corps dilué à un ensemble métallique qui est la machine la dialyse.

Pour parvenir à nos fins, ce travail va être déployé en deux parties dont chacune sera articulée par des chapitres. La première partie débutera par le premier chapitre consacré à la problématique de l'étude, le second chapitre abordera la revue de la littérature. Dans la deuxième partie, nous aurons le troisième chapitre réservé à la méthodologie de l'étude, le quatrième chapitre sera consacré à la présentation et l'analyse des résultats et enfin le cinquième chapitre traitera de l'interprétation et la discussion des résultats. A la fin de l'étude, nous allons énoncer quelques perspectives et conclure.

PARTIE I : CADRE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE

L'insuffisance rénale au stade chronique est une maladie qui n'a pas de traitement. Mais grâce aux avancées de la technologie médicale de la seconde moitié du 20^{ème} S, l'affection est devenue chronique au même titre que le diabète (Desseix, 2011). Une fois parvenu au stade de suppléance, deux possibilités de prise en charge se présentent : la transplantation rénale et l'hémodialyse. La méthode la plus pratiquée et accessible aux patients est l'hémodialyse. Il s'agit de faire recours à des machines qui assurent la survie du sujet grâce à la fonction de filtration extracorporelle du sang en remplacement du rein défaillant. C'est dire que cette absence d'alternative thérapeutique vient confirmer la limitation de l'espérance de vie des sujets (Estellon, 2012). Ainsi, bien que la dialyse suscite au milieu des désespoirs une illusion d'immortalité, elle rappelle à l'humain sa vulnérabilité.

De ce procédé médical, il ressort l'un des thèmes les plus redoutés par l'humanité : la question de la mort. Le vécu de l'hémodialyse est une réalité qui invite le patient à se familiariser avec la menace de la mort. Son parcours est marqué par une série d'évènements qui le lui rappellent. Il s'agit globalement des pertes assez significatives pour l'humain (Cupa, 2002 ; Pucheu, 2015). C'est d'abord l'annonce de la perte de sa santé et de sa liberté car le sujet est élu à la dépendance de la machine et à son entourage, il doit se soumettre à l'austérité des exigences du traitement, subir la dégénérescence de certaines fonctions organiques vitales, aussi regrettables que l'abandon des projets et des plaisirs qu'offre la vie.

Au plan psychologique, l'expérience de la dialyse suggère un ensemble de remaniements psychocorporels inhérents à l'existence. L'érosion du corps et l'exhibition de son intériorité affectent le sentiment d'identité et de continuité de corps. Les dialysés sont confrontés à l'image douloureuse et difficilement représentable de leur propre mort. L'importance vitale de l'organe défaillant renvoie à l'idée que la mort est imminente (Baudin, 1989). D'entrée de jeu, le malade doit faire face au traumatisme des énoncés de la dialyse, en particulier l'irréversibilité de la maladie. Si l'annonce de la maladie constitue le premier un choc pour les malades, la mise en dialyse avec son caractère étrange survient comme un **après coup** et véritable couperet d'anéantissement (Freud, 1919). Le vécu de l'hémodialyse s'inscrit dans la continuité de l'annonce d'une maladie chronique ; l'hémodialyse est consubstantielle à sa cause c'est-à-dire à l'insuffisance rénale chronique ; voilà pourquoi son vécu est

considéré par Desseix (2011) comme une situation d'amalgame. Il n'y a pas d'hémodialyse sans insuffisance rénale au stade chronique. La machine prend possession du corps, elle est froide et offre un cadre impératif et stérile au patient. La machine chosifie l'homme, c'est une boîte sans " âme " qui fait des patients des êtres " non pensant " (Causeret, 2006). Dans ces conditions, il va de soi que même si ce procédé médical permet de repousser les limites du corps (et de la mort), elle éprouve durement la subjectivité du sujet dès lors qu'il est soumis au discours et techniques de la science (Estellon, 2012).

En dehors du rapport corps-machine, le dialysé doit faire face à d'autres déterminants de son vécu. L'hémodialyse se vit en institution et dans le cadre familial. Pour le premier, il on peut noter selon Kaes et al., 2019) la défaillance du cadre de prise en charge c'est-à-dire l'institution. Il en sera de même pour l'environnement familial du sujet, ce dernier devant se confronter aux représentations sociales de la maladie et à son niveau d'implication au projet de son groupe d'appartenance (Kaes, 2010). C'est fort de la conjonction de tous ces déterminants que l'angoisse de mort survient chez le sujet, renforçant ainsi le sentiment d'inutilité du corps. Le sujet ne trouvant plus d'intérêt au monde se livre finalement au deuil pathologique (Freud, 1927). Face à cette situation assez désespérante pour le malade, il y'a lieu de se demander si le psychisme dispose des moyens de défense à la hauteur de la menace, qui soient capables de nourrir son narcissisme et par conséquent de l'inscrire dans la continuité de vie.

1-1- CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

1-1-1- Contexte de l'étude

L'insuffisance rénale chronique est une affection qui fait de plus en plus son lit dans nos formations hospitalières. Par le passé, elle affectait davantage la population en âge avancé mais de nos jours, cette maladie affecte aussi la population jeune. En raison de sa prévalence, du coût de la prise en charge et du niveau de mortalité élevée, elle est considérée de nos jours au niveau mondial comme un problème majeur de santé publique (Fouda, 2017). Les données épidémiologiques issues de plusieurs recherches montrent à suffisance qu'il s'agit d'une pathologie qui n'épargne aucune région du monde.

En 2015, le rapport épidémiologique de la Journée Mondiale du Rein tenue en 2015 indique que 353 millions de personnes dans le monde, soit 5% de la population mondiale souffrent d'insuffisance rénale chronique. En 2017, les travaux du Néphrologue Hermine Fouda, révèlent que ce taux de prévalence mondiale s'est accru et a atteint les 13%.

Aux Etats-Unis, la maladie rénale chronique représente l'affection la plus coûteuse, sa prévalence étant de 13% et concerne près de 20 millions de personnes. En 2020, la publication médicale dénommée "*Néphrologie et thérapeutique*" estime que la prévalence en Chine est de 10% et le registre national de dialyse indique 11 000 dialysés pour la seule ville de Shanghai.

Le rapport France-Rein (2021) dénombre 51 355 sujets prévalent en dialyse au 31/12/2021. Dans une étude sur la survie globale de nouveaux patients de 2002 à 2021, ce rapport indique que dans une cohorte de 172 294 patients, 94 505 (soit 55%) sont décédés au 31/12/2021 dans un délai médian de 2,3 ans.

Selon une étude rétrospective sur l'insuffisance rénale, publiée dans le journal *The Pan African Medical* publiée en 2016 à Antananarivo à Madagascar, la maladie rénale en Afrique s'installe chez les sujets jeunes actifs contrairement aux pays développés où elle est l'apanage des personnes âgées. Dans les pays à faible revenu, l'affection constitue un véritable fardeau pour les sujets et leur famille en raison des coûts élevés des prises en charge et de l'accès au traitement. En raison de l'absence d'une véritable documentation sur la situation épidémiologique en Afrique, quelques données des travaux menés nous permettent de relever néanmoins qu'au Maghreb, l'incidence est de 74 et 200 par million d'habitants, à Madagascar et en Côte d'Ivoire les taux de mortalité hospitalière tournent autour de 28%.

Au Cameroun, il ressort des travaux du 4^{ème} Congrès Scientifique de la Société Camerounaise de Néphrologie tenue du 27 au 28 avril 2023 à Yaoundé et relayés dans le journal *Le Messager* dans son numéro 8085 du 21 juillet 2023 que 13% de la population adulte au Cameroun souffre de maladie rénale chronique. Ce colloque révèle qu'en 2022, 1574 patients hémodialysés étaient enregistrés avec 495 décès. L'hémodialyse est le seul traitement de substitution rénale disponible au Cameroun. L'on estime à 2,5 millions de personnes souffrant d'insuffisance rénale dont 330 000 pour la seule ville de Yaoundé. La majorité des patients arrivant en néphrologie sont admis en dialyse soit 75% d'entre eux. Il faut souligner avec Fouda (2017) que depuis l'ouverture du premier centre d'hémodialyse en 1990, les données nationales sur la survie des hémodialysés chroniques au Cameroun restent inexistantes.

Néanmoins, une étude de cohorte prospective multicentrique de 15 mois menée en 2017 par la néphrologue Hermine Fouda était faite dans un laboratoire de recherche dans le but d'évaluer la mortalité et les facteurs qui influencent la survie des hémodialysés chroniques camerounais. De cette étude, il ressort que sur 197 patients recensés à date, la durée moyenne

en dialyse des patients prévalent était de 12,5 mois. Le taux de mortalité était de 57,58% dont plus de la moitié des patients décédaient pendant les 3 premiers mois, le taux d'abandon était de 8,6%. La survie globale en 15 mois était de 30,77% avec une durée moyenne de vie de 8 mois à compter de la première dialyse. En raison des couts élevés de la prise en charge des patients en dialyse, l'Etat du Cameroun avait décidé en 2002 de subventionner à 95% le traitement par hémodialyse. Depuis lors, le nombre de centre de dialyse va croissant parmi lesquels les plus récents centres d'hémodialyse de Bafoussam, Ngaoundéré, l'hôpital Laquintinie de Douala et Kousseri ; ce qui porte, à ce jour, un total de 11 centres publics d'hémodialyse installés majoritairement dans les grandes métropoles de Yaoundé et Douala. D'après le journal "Nouvelle expression" en son édition n°6048 du 02/10/2023, actuellement sur le territoire camerounais, une cinquantaine de générateurs de dialyse neufs sont opérationnels.

Le discours du Président de la République à la Nation le 31 décembre 2022 a été l'occasion pour lui de vanter l'offre médicale du Cameroun en terme de prise en charge de l'insuffisance rénale, témoignant ainsi de la préoccupation de l'Etat vis-à-vis de cette affection qui s'enracine discrètement dans le pays et endeuille malheureusement de nombreuses familles. Au final très récemment, au mois d'avril 2023, l'Etat du Cameroun a décidé d'insérer l'insuffisance rénale dans le package médical dénommé **COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE (CSU)**, décision qui traduit à suffisance la menace qui pèse sur les populations et leurs familles eu égard la prévalence de la maladie et les difficultés de sa prise en charge. Il va sans dire que cette prévalence élevée de l'insuffisance rénale chronique conduit à des conséquences néfastes sur plusieurs plans.

Sur le plan socioéconomique, l'insuffisance rénale chronique est un véritable fardeau financier pour les sujets et leur famille car les couts de prise en charge sont onéreux au regard des exigences du traitement : 2 à 3 séances de dialyse par semaine, achat de poche de sang, examens et suivi, austérité de l'alimentation, etc. C'est ce qui expliquerait en partie l'abandon des traitements dans la plupart des cas. Le processus de dégradation de la fonction rénale étant irréversible, le sujet doit pouvoir supporter des dépenses à vie. Dans les pays à revenus faibles, il s'agit d'une situation de ruine qui finit par fragiliser l'engagement des patients et leur famille dans le processus de prise en charge. La plupart des patients rencontrés déclarent ne plus recevoir assez (ou pas du tout) de soutien familial ; ils sont ainsi obligés de compter sur eux-mêmes et quelques proches pour assurer leur survie. Cette situation cache bien un malaise au sein de ces familles. Très souvent, la maladie rénale s'accompagne des

remaniements au sein des familles : abandon de rôle, exclusion/rupture, dépendance, conflits, vie de couple modifiée, etc. ; toutes choses susceptibles de susciter une désorganisation familiale (Cupa, 2002). Plusieurs d'entre eux déclarent avoir perdu de leurs amis et autres liens par absence de contact et en raison d'une vie de moins en moins rayonnante. Les sujets actifs ne peuvent évidemment plus assurer de façon optimale leurs occupations professionnelles, consacrant la grande partie de leur temps à l'hôpital pour des séances de dialyse. Certains sujets évoquent la stigmatisation de la maladie, le déni ou bien le recours aux soins traditionnels au risque de perdre leur vie.

1-1-2- Originalité

Comprendre globalement un sujet équilibré psychologiquement et aux prises avec une maladie grave ou chronique fait également partie des missions de la psychologie clinique. Cette recherche qui se déploie sous forme d'étude de cas, est une réflexion sur les mécanismes psychiques développés par des sujets souffrant d'insuffisance rénale et admis en dialyse. L'admission d'un patient en hémodialyse marque la vulnérabilité de l'humanité et sa confrontation avec la mort. Le sujet semble être assez délicat surtout quand on sait que dans cette situation, c'est une machine qui vient suppléer l'organe défaillant en manipulant quasi-quotidiennement la substance vitale de l'humain qui est le sang. L'hémodialyse est un procédé de soin palliatif assez lourd et contraignant pour les sujets. C'est le point focal du vécu de la maladie rénale car très souvent le diagnostic est irréversible (Montet Aubrée, 2015).

Plusieurs raisons peuvent justifier l'angoisse de mort chez les patients : le choc de l'annonce, le rapport à la machine, les représentations sociales de la maladie, la défaillance des cadres familial et institutionnel. Malgré toutes ces formes de menace à l'existence, on arrive à trouver une minorité de patients qui réussissent l'exploit de réaliser une prolongation assez significative de leur survie. C'est l'occasion pour nous de nous rapprocher de ce type de patients pour explorer les mécanismes psychiques qu'ils développent pour résister aussi longtemps à l'hémodialyse considérée par Desseix (2011) et Aubrée (2015) comme un trouble supplémentaire de l'insuffisance rénale. Si dans la plupart des recherches, les acteurs s'attellent à investiguer sur les facteurs ou les mécanismes psychiques qui maintiennent ou conduisent à la pathologie, cette étude souhaiterait rejoindre cette frange des travaux où on s'attelle davantage à montrer les mécanismes qui concourent plutôt à un équilibre psychique des patients chroniques.

Cette étude montre en quoi le malade chronique et en particulier l'hémodialysé rentre dans le circuit de la vie, en présentant les moyens dont dispose le psychisme pour faire face à la menace de la mort que la maladie et les énoncés de sa prise en charge véhiculent. Elle s'inscrit en faux aux représentations sociales assez répandue sur cette pathologie, celles-ci assimilant trivialement l'hémodialyse à la mort. L'étude démontre qu'il est possible de prolonger sa survie même si les contextes et les déterminants de la prise en charge concourent à la confirmation de sa perte. Dans ces conditions, le sujet a la possibilité non seulement d'accéder à une autre réalité psychique lui permettant de retrouver dans des proportions supportables un sentiment de continuité, mais aussi il doit faire recours à des comportements assez particuliers pour vivre pour surmonter les difficultés de la maladie et de sa prise en charge. Cette étude est donc non seulement une sensibilisation à la maladie et de sa prise en charge mais aussi une présentation à la réalité psychique de défense qui se vit chez les malades hémodialysés. Elle compte constituer une lueur d'espoir pour ces patients et leurs familles qui sombrent dans le désespoir des péripéties de la maladie et de sa prise en charge. Elle peut aussi être une source d'inspiration pour le corps des soignants pour une meilleure compréhension de la flexibilité des limites des sujets à pouvoir vivre avec la maladie. Ainsi, en comprenant mieux le malade hémodialysé qui réussit à faire face à la maladie, on peut mieux cerner et secourir les autres malades qui ont des difficultés à s'adapter au traitement.

1-1-3- Justification

De nos jours, les hôpitaux de référence accueillent de plus en plus des personnes souffrant d'insuffisance rénale. Arrivé à l'état chronique, il s'agit d'un stade de la maladie où les soins sont à visée palliative. C'est une maladie qui semble ne pas être très connue des populations mais qui endeuille malheureusement de nombreuses familles. Personnellement, j'ai été au courant de cette affection il y'a à peine deux ans quand j'apprenais les décès successifs de deux proches qui souffraient de cette pathologie. Ces derniers n'ont pas survécu longtemps malgré les prises en charge effectuées. A travers les énoncés de la maladie et de sa prise en charge, j'ai dû me rendre compte à quel point le vécu est éprouvant. Partant du choc des annonces, et poursuivant par les contraintes, la dépendance, les pertes multiples, les contextes socio-institutionnels et leur rapport avec la maladie chronique, tout cela animé par l'idée de l'irréversibilité du trouble, le patient hémodialysé vit un temps répétitif et chronique. A mon habitude, la vue d'une personne en souffrance ou en danger mobilise fortement mes affects. Observer un sujet dans une situation de menace permanente de la mort est encore une expérience qui pouvait me permettre de travailler mon empathie face à une situation

d'extrême (Estellon, 2012). C'est pourquoi, animé par l'idée d'en savoir plus sur les causes psychologiques susceptibles d'entretenir leur survie, j'ai donc décidé de mettre la prise en charge de l'insuffisance rénale au centre de mes recherches. Aussi, l'usage de la machine s'intègre de plus en plus dans les pratiques cliniques. Cette manière de faire amène à s'interroger sur la qualité des liens que les patients entretiennent avec ces dispositifs médicaux.

Au plan psychologique, on peut présager qu'autant les machines à dialyse peuvent susciter chez certains sujets le déni de la mort, car la machine à travers sa toute puissance et le savoir qu'elle détient sur l'homme, elle repousse les limites de la vie du malade. Tout comme ces machines peuvent éprouver durement son narcissisme car, elles outrepassent les capacités du sujet en le renvoyant à ses faiblesses de mortalité et de faillibilité (Causeret, 2006). Au-delà de la vocation thérapeutique de ces outils, la main de l'homme considérée comme la mère peluche, la fonction alpha censée assurer la contenance par la transformation des affects et la fonction du lien affectif du sujet dialysé dans le sens de Bion, est remplacée par la machine considérée comme la mère fer de Harlow. La machine est pourtant froide, rigide, impérative et propose un cadre inflexible. Elle impose au patient un lien stérile (Cupa, 1985) ; mais susceptible de réveiller les éprouvés archaïques ; toute chose qui soit susceptible justifier l'angoisse de mort à travers l'usage assez fréquente du thème du deuil et l'après vie dans le discours des patients. Dans cette complexité de données analytiques, je comptais sortir de cette étude mieux outillé dans la clinique des maladies chroniques en général et plus particulièrement l'insuffisance rénale.

1-2- INTERET DE LA RECHERCHE

Au plan scientifique, cette étude s'inscrit dans la continuité des travaux respectifs des chercheurs tels que Cupa, Pucheu Paillet, Fouda, etc. qui avaient déjà abordé la question de l'insuffisance rénale dans les volets soit du vécu psychologique en général et de la mortalité dans le cas des études comparatives au travers des études de cas. Au Cameroun, les travaux du néphrologue Fouda et son équipe constituent une référence dans la production des aspects épidémiologiques de la maladie.

En psychologie clinique, cette étude est rendue possible grâce à la psychanalyse qui nous donne la possibilité de faire une incursion dans l'univers intrapsychique du malade chronique pour y déceler les modes de défense que peut activer un sujet dans une situation de

souffrance extrême. Elle participe de l'investigation des processus psychiques constructeurs qui aident à la restauration de l'intégrité corporelle du malade.

L'étude montre qu'autant il y'a lieu d'accorder de l'intérêt aux sujets qui ont des difficultés à faire face à la maladie chronique, autant les connaissances venant de l'observation des patients vivant sans grande difficulté avec la maladie, peuvent produire des bénéfices sur la clinique des patients. De ce fait, les acteurs engagés dans les processus de prise en charge pourraient s'en inspirer pour rassurer les malades et leur famille quant aux modalités de survie à la maladie chronique à forte emprise sur le corps.

En psychologie clinique, cette étude est rendue possible grâce à la psychanalyse qui nous donne la possibilité de faire une incursion dans l'univers intrapsychique du malade aiguë pour y déceler les modes de défense que peut activer un sujet dans une situation de souffrance extrême. Elle participe de l'investigation des processus psychiques constructeurs qui aident à la restauration de l'intégrité psychique du malade.

Au plan social, cette recherche servirait à rendre compte d'une réalité clinique qui semble très peu connue tant des populations que de bon nombre d'acteurs de la santé alors que le nombre de malade et de décès ne font que devenir croissants dans nos structures hospitalières. Ainsi quoique la maladie ne guérit pas, et que les traitements sont injonctifs et dévalorisants, le recours au travail du négatif est un atout susceptible de favoriser la survie des patients. Elle peut aider les uns les autres à modifier leur représentation par rapport à la maladie ; ce qui favoriserait une meilleure insertion sociale des patients. Elle peut aider les malades à intégrer une autre réalité psychique susceptible de leur permettre de vivre avec la maladie et de ce fait réaliser la fonction de liaison avec les éléments sociaux (Kaes, 2019).

1-3- FORMULATION DU PROBLEME ET QUESTION DE RECHERCHE

1-3-1- Formulation du problème

En milieu hospitalier, le recours à l'hémodialyse signifie que les reins du patient sont dans l'incapacité d'assurer l'une des fonctions vitales de l'organisme : l'épuration du sang. La mise en dialyse signe chez le patient sa véritable entrée dans la maladie rénale quel que soit ses antécédents néphrologiques (Aubrée, 2015). C'est une thérapie médicale lourde, contraignante et à forte emprise sur le corps. Les patients admis en dialyse sont soumis à vivre l'implacable nécessité d'être reliés à des machines de filtration du sang trois fois par semaine

durant environ 4 heures par séance. Il s'agit d'une étape du vécu de la maladie rénale assez riche en signification.

Tout d'abord, l'hémodialyse marque la perte d'une fonction vitale entraînant avec elle, de multiples pertes réelles et ouvre sur l'espace d'un deuil infini (Cupa, 2002). La défaillance de la fonction rénale est irréversible sauf si le sujet opte pour une transplantation rénale. L'hémodialyse comme pratique courante et accessible ne guérit pas ; c'est un traitement à vie en soins palliatifs. L'hémodialyse repousse les limites de la vie de façon rythmée au moment où le corps est défaillant dans une de ses fonctions vitales (Causeret, 2006). Quoiqu'il en soit, il est essentiellement question pour le patient de réaliser les pertes de sa santé et de son autonomie. La dialyse comme tranche importante de la vie du sujet, lui rappelle son incapacité à pouvoir vivre par lui-même, à jouir pleinement de la propriété de sa propre personne, de son corps et de la libre disposition de soi (Recham, 2010). Si l'on considère comme Canguilhem (1999) que *la bonne santé c'est la possibilité toujours offerte de l'excès, la possibilité non seulement d'être « normal », mais aussi « normatif » : produire de nouvelles normes susceptibles de nous adapter aux infidélités du milieu*, il paraît assez difficile pour le dialysé d'entretenir l'illusion du bien-être car, le vécu de la dialyse implique une panoplie de contraintes : suivi régulier des séances, régime alimentaire drastique, réduction de la motricité et de la motilité, fatigabilité, etc. La thérapie par dialyse maintient le sujet dans une relation de dépendance où le dialysé cède non seulement sa liberté temporelle, mais aussi sa liberté physique et personnelle. Le rein en tant qu'organe vital du corps n'expose pas uniquement le dysfonctionnement de l'organe, mais touche à l'ensemble du corps. Le corps est menacé par le poids des dialyses et des représentations de la maladie (ibid).

La littérature sur la survie en hémodialyse confirme que le niveau de mortalité est très élevé. Tout comme nos données spécifiques au CHU-Yaoundé sur la survie révèlent que sur un effectif de 164 patients seuls 5 patients réussissent l'exploit d'atteindre 4 ans de dialyse comme l'attestent nos graphiques. Cette infime minorité de patients du CHU de Yaoundé réussissent l'exploit de faire montre d'une longévité assez remarquable. Ils font face aux complications de la maladie et reprennent un sentiment de contrôle de leur corps, bénéficient de l'observance des recommandations thérapeutiques, se les approprient, entretiennent des projets, se projettent dans l'avenir. Par ailleurs, nous avons remarqué que ces sujets ont des scores louables en matière d'estime de soi et de gestion de stress. Ils articulent avec véhémence leur affirmation de soi, manifestent des sentiments de quiétude, ceci contrairement

à la grande majorité de patients qui expriment des sentiments négatifs envers leur corps. La question est alors celle de savoir ce qui justifie un tel exploit, si l'on s'en tient à la théorie du narcissisme de Freud (1914) qui indique que dans les conditions de maladie organique grave, la seule possibilité pour que le sujet reprenne son énergie et donc son narcissisme, est qu'il parvienne au stade de la guérison. Le sujet ayant malheureusement retiré sa libido du monde qui l'entoure et l'investit sur son corps qui cristallise désormais son attention. Et pourtant ce corps est déchiqueté, usé par le traitement, et surtout dilué dans la machine, il ne peut en découler qu'un vécu de deuil (Freud, 1927), d'autant plus que la dialyse ne guéri pas car c'est un traitement palliatif.

Comment donc comprendre qu'une minorité de patients entretienne une image du corps relativement saine ou positive alors que la majorité des sujets ont représentation négative de leur corps ? De façon plus globale, il est question de comprendre comment le vécu de l'hémodialyse interfère sur l'image du corps du malade rencontré au CHU-Yaoundé. Un processus qui semble apporter une première réponse à notre interrogation première. Green apportent une réponse particulière à cette question. Avec cet auteur, nous confirmons en effet que le travail du négatif, en remplaçant le vide psychique (Panos Aloupis (2017) créé par le traumatisme de la maladie, à partir des éléments comme la croyance qui aide à nier la souffrance infligée, le sujet procède en effet par la construction de l'absence de la menace. Mais au-delà de cette conception du travail du négatif centré sur la croyance, les sujets rencontrés expriment un vécu particulier de la maladie qui intègre à la fois la croyance, mais aussi un ensemble de 3 dispositions très particulières.

La première est ce que nous identifions comme une absence de névrosisme, c'est-à-dire une tendance générale à éviter des affects négatifs tel que la peur, la tristesse, la gêne, la colère, la culpabilité et le dégoût. Une tendance à éviter un excès d'irrationnelles malgré la croyance, ce qui permet de mieux gérer le stress. La deuxième prédisposition est l'extraversion qui est une disposition à la sociabilité, au dégoût pour les groupes et les réunions, propension à être actif, plutôt loquace, gai et optimiste et enfin la troisième prédisposition qui est un état de conscience aiguë qui est une disposition au contrôle de soi, à la capacité de gérer ses désirs, tendance à planifier, à organiser, à être déterminé, volontaire. Cette dernière dimension s'est par exemple révélée particulièrement stable dans la vie et donc prédisant la longévité (peut être en raison d'un meilleur contrôle de la santé et d'une adhésion plus facile au traitement). En effet, le dépassement de la situation mortifère induite par l'hémodialyse semble être une savante jonction entre le travail du négatif centré

sur la croyance et certaines prédispositions que procéderaient certains sujets ; prédispositions qui impliquent un vécu particulier de la maladie, venant ainsi soutenir l'image du corps du patient. Ainsi, à la question de savoir comment le vécu de l'hémodialyse interfère-t-il dans la préservation de l'image du corps du malade, nous avons suggéré que le travail du négatif, centré sur la croyance adossée à un vécu particulier de l'hémodialyse interfère positivement sur l'image du corps du patient.

1-3-2 Questions de recherche

1-3-2-1 Question principale de recherche

La présente étude répond à la question générale de recherche suivante :

Comment le vécu de l'hémodialyse interfère-t-il dans la sauvegarde de l'image du corps du malade ?

1-3-2-2- Questions spécifiques de recherche

Cette question générale a donné lieu à des questions spécifiques :

QRS 1: Comment la croyance au fétiche interfère-t-elle sur l'image du corps de l'hémodialysé ?

QRS 2 : Comment la croyance à la force de la personnalité de l'hémodialysé interfère-t-elle sur son image du corps ?

QRS 3 : Comment la croyance à la force de la médecine interfère-t-elle sur l'image du corps de l'hémodialysé ?

1-4- OBJECTIF DE L'ÉTUDE

1-4-1- Objectif général de l'étude

L'objectif général de cette étude est d'appréhender les mécanismes psychiques interférant dans la sauvegarde de l'image du corps des patients durant leur vécu de l'hémodialyse.

1-4-2- Objectifs spécifiques de l'étude

Cette étude a pour objectifs spécifiques de :

Objectif 1 : Appréhender comment la croyance au fétiche interfère sur la sauvegarde de l'image du corps de l'hémodialysé.

Objectif 2: Saisir comment la croyance à la force de la personnalité interfère sur la sauvegarde de l'image du corps de l'hémodialysé.

Objectif 3: Appréhender comment la croyance de la puissance de la médecine interfère sur la sauvegarde de l'image du corps de l'hémodialysé.

1-5- DELIMITATION DE LA RECHERCHE

1-5-1- Délimitation thématique

L'étude que nous menons porte sur le vécu de l'hémodialyse et l'image du corps chez les insuffisants rénaux. La maladie et son traitement sont assez contraignants de telle sorte que cette situation entraîne une forte dépendance vis-à-vis des soins et des soignants. Le sujet ayant perdu la fonction de son rein doit faire appel à une machine (rein artificiel) pour survivre. Il se sent donc impuissant à se faire vivre seul, à s'autoconserver (Cupa, 2007). C'est une situation assez éprouvante, elle inflige une blessure narcissique au sujet car les douleurs psychiques sont importantes. Elles ont souvent un aspect traumatique (Riazuela, et al., 2014). La maladie rénale au stade du recours à la dialyse ouvre sur une série de pertes, sur le sentiment de se perdre soi-même, elle donne au deuil un caractère infini et peut le conduire à vivre un climat d'angoisse, notamment de mort diffuses. Le sujet ayant surinvesti les soins et les retombés sur son corps, il lui est difficile de réaliser un retour de l'énergie dans le moi (Freud, 1919), ce d'autant plus que la maladie ne guérit pas.

La grande majorité des sujets de notre recherche vivent cette situation de deuil dans leur parcours thérapeutique en hémodialyse. Le vécu du traitement étant une expérience subjective, dans de telles conditions de désespoir, les sujets recourent tant bien que mal à leurs défenses, chacun en fonction de son histoire, de ses possibilités psychiques. L'inquiétude sur la mortalité assez élevée de ces patients amène à s'interroger sur ce qui fait la force de cette infime minorité de sujets disposant vraisemblablement des ressources psychiques nécessaires pour faire face à l'angoisse traumatique que génère cette situation. Si dans ce cas, la maladie met en branle les mécanismes psychiques où les pulsions de mort semblent réduites à l'échec face aux pulsions de vie (Freud, 1905) il y'a lieu de cerner comment l'appareil psychique mobilise ses défenses pour faire face à une telle menace de mort qui rôde autour du sujet.

1-5-2- Délimitation empirique

1-5-2-1- Du point de vue spatiale

Cette recherche vise principalement l'exploration, la description et la compréhension des processus psychiques de défenses des malades hémodialysés. Le vécu de l'hémodialysé est une vie où s'entremêlent perte narcissique et perte objectale, passées et présentes. Les douleurs liées à la mort sont assez fréquentes en raison des multiples pertes et contraintes subies par le malade, voilà pourquoi une incursion dans l'univers intrapsychique du malade est nécessaire pour déceler ce qui constitue un atout chez certains patients pour faire face à ce qui est considéré par les observateurs comme une catastrophe existentielle. La production de connaissance s'inscrit alors dans une méthode inductive et non déductive (Fortin & Gagnon, 2010) ce qui déboucherait sur une définition subjective de la réalité.

Plus spécifiquement, il s'agira dans cette étude, d'examiner le sens qui transparait dans le discours et le comportement du patient susceptible de justifier la sauvegarde de l'image du corps. Plus concrètement, il sera question d'investiguer sur ce qui prévaut comme défense dans leur réalité psychique et qui contribuerait à maintenir la continuité du corps. Le travail en institution qui correspond à la sphère où l'environnement clinique du sujet et sa psyché sont en interaction est choisi dans cette recherche, car elle offre aux sujets non seulement les énoncés opérationnels de la maladie mais c'est aussi un lieu de partage d'affects.

1-5-2-2- Du point de vue temporel

Du point de vue empirique, cette recherche est consacrée aux patients hémodialysés du CHU-Yaoundé ayant passé au moins 4 ans de dialyse constaté à l'occasion de notre stage dans cette structure. Cette survie est considérée comme un exploit que réalisent ces patients au regard du niveau de mortalité qu'on y relève dans ces fourchettes de temps. L'insuffisance rénale au stade chronique requiert des soins palliatifs. Les multiples pertes dont sont victimes ces derniers les exposent à des états traumatiques extrêmes. Il s'agit globalement de la gestion des énoncés de la maladie et de sa prise en charge. Après l'annonce de la maladie, le sujet doit réaliser à quel point son corps est désormais la propriété de la médecine. Le sujet devient dépendant de la machine à dialyse qui devra épurer son sang et par conséquent, repousser les limites de la vie. C'est l'occasion pour le malade de se rendre compte de son impuissance à se faire vivre seul, ce qui lui infligerait une blessure narcissique susceptible d'inhiber toute

forme de vitalité généralement observée à cette tranche d'âge de la vie. Le corps de l'hémodialysé est régulièrement piqué, ouvert, mis en transparence, toute chose qui le transforme en une série de chiffres. Au-delà du rapport à machine, la souffrance du sujet se conjugue avec les représentations sociales de la maladie, les pertes du plaisir génital, de l'oralité, etc. Tout compte fait, la vie de l'hémodialysé est un vécu de deuils multiples. Malgré tout, cette persécution de la maladie et ses énoncés semblent être un étai pour le psychisme qui devra se mettre au travail pour en tirer des formes positives susceptibles de faire vivre de mieux en mieux certains sujets.

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE

2-1- DEFINITIONS DES CONCEPTS

2-1-1- La maladie chronique

Selon l'OMS, les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement sans tendance à la guérison et sont souvent associées à une invalidité et à la menace de complications graves. Responsables de 60% de décès, les maladies chroniques sont la première cause de mortalité dans le monde. Par définition, une maladie chronique est une maladie de longue durée caractérisée par les modes évolutifs différents et des exigences thérapeutiques plus ou moins contraignantes (Bouche et al., 2004, p.9).

2-1-2- L'insuffisance rénale chronique

L'insuffisance rénale chronique est une maladie complexe. Elle survient lorsque les fonctions du rein sont durablement altérées, sans guérison possible des lésions, contrairement aux maladies rénales aiguës, qui se manifestent brutalement et se soignent en général une fois la cause identifiée. La maladie est sournoise car généralement indolore, elle peut progresser pendant des années sans qu'aucun signe avant-coureur ne l'indique. Les maladies rénales chroniques évoluent en effet à des rythmes différents selon les personnes, jusqu'au stade terminal, qui correspond à une activité rénale inférieure à 15%, c'est-à-dire quand les deux reins ont perdu plus de 85% de leur fonction (Choukroum, 2019). C'est alors qu'un traitement de suppléance s'impose : l'hémodialyse, qui pallie mécaniquement le dysfonctionnement du rein, ou la greffe, qui sont des moyens de substitution de l'organe défaillant.

La MRC est définie indépendamment de sa cause, par la présence pendant plus de trois mois de marqueurs d'atteintes rénale et/ou d'une baisse du débit de filtration glomérulaire (DFG). L'insuffisance rénale chronique (IRC) est donc une dégradation progressive et irréversible de la fonction des reins qui ne réalisent pas leur rôle d'épuration de l'organisme. Cette altération de la fonction rénale peut évoluer très lentement à la différence de l'insuffisance rénale aiguë qui est la perte soudaine, rapide et souvent réversible de la fonction rénale.

Sur le plan physiologique, il est aussi à noter que la fonction rénale, corrélée au nombre de néphrons fonctionnels, décline progressivement avec l'âge. A partir de 60 ans, on perd 10% de fonction rénale tous les 10 ans ; 40% à 80 ans.

2-1-2-1- Evolution

L'IRC est classée en 5 stades basés sur la clairance d'une substance appelée « créatinine » c'est-à-dire la mesure de la capacité d'élimination des déchets organiques par le rein. Le stade de MRC est donc défini à partir du débit de filtration glomérulaire mais aussi de la présence de marqueurs d'atteintes rénale. Un sujet sain a une clairance de la créatinine supérieure à 90ml/min et une absence de marqueur d'atteinte rénale.

Tableau 1 : classification des stades d'évolution de la MRC

Stade	DFG (ml/min/1,73m ²)	Définition
2	≥ 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	Entre 60 et 89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3	Stade 3A : entre 45 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée
	Stade 3B : entre 30 et 44	Insuffisance rénale chronique modérée
4	Entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	<15	Insuffisance rénale au stade de suppléance

*Avec marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie leucocyturie, ou anomalies morphologiques et histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant depuis plus de 3 mois (deux ou trois examens consécutifs)

2-1-2-2- L'organe rein et sa fonction

La fonction rénale est le reflet du fonctionnement des deux reins. Elle est évaluée par des examens cliniques et biologiques. Il est important de considérer l'organe rein dans son anatomie-physiologie ainsi que dans sa symbolique.

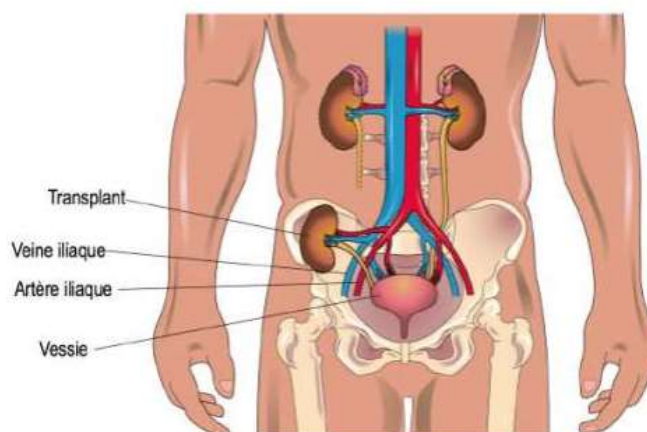


Schéma 1 : appareil urinaire

2-1-2-2-1 Au plan physiologique

Les reins sont des organes pairs, en forme de haricot, pouvant faire penser à la forme d'un embryon. Ils mesurent environ 12cm x 6cm x 3cm, et sont situés dans la partie postérieure de l'abdomen, de part et d'autre de la colonne vertébrale (ce qui explique la confusion sémantique entre des douleurs rénales et des douleurs lombaires). Selon la publication France-rein (2019), il est précisé que les reins interviennent dans la production de l'urine en éliminant les toxines et les déchets comme l'urée, l'acide urique ou la créatinine ainsi que le surplus des sels minéraux tels que le sodium, le potassium et le phosphore. Elles assurent la synthèse de certaines hormones. La fonction hormonale permet la synthèse de la vitamine D (métabolisme osseux), de l'érythropoïétine (synthèse des globules rouges) et de la rénine (régulation de la pression artérielle).

2-1-2-2-2 Au plan symbolique

D'après les travaux de recherche d'Annick de Souzenelle autour de la tradition judéo-chrétienne et autres traditions :

Les reins sont les « pieds » du 2^{ème} étage du corps celui de l'Etre (...). Ils sont symbole de force et de fragilité (...). Ils participent de la vie génitale et sont à la base de

l'accomplissement de l'homme dans le processus d'engendrement de lui-même (...). A l'image des organes de l'audition par rapport à ceux de la phonation avec lesquels ils sont confondus dans les premières semaines de la vie intra-utérine, les reins ne se distinguent des organes sexuels qu'au bout de ce même laps de temps (...). Son nom grec nephros, n'est autre que le mot phrenos inversé qui donne directement sa racine à notre mot français « rein ». Or, phroneo est le verbe « penser », phronis est le « bon sens » et phronesis est "la pensée", "la sagesse" même. Le rein qui écoute, qui entend, est pour toute l'Antiquité le siège de la pensée voire celui de la sagesse. Dieu le sait, qui " sonde les reins et les cœurs" (Sagesse, 1,6 (...)). Phrenos et nephros se font vis-à-vis comme dans un miroir, l'un (phrenos) en haut, présidant à la respiration pulmonaire, l'autre (nephros) en bas, à la respiration génitale. C'est alors que les reins jouent vis-à-vis de la sexualité au niveau génital le rôle que les vieux textes de la Chine ancienne expriment en disant que " les reins sont Epoux et la sexualité Epouse". Ils sont, disent-ils " le ministre qui fabrique la robustesse et la force vitale ; ils thésaurisent la décision et l'intelligence ". " Les reins, disent-ils encore, fleurissent dans les cheveux ". Et nous ne serons pas étonnés de retrouver au niveau des cheveux le symbolisme de la force. Le contraire de cette qualité de force est la peur. Lorsque l'homme a peur, ses cheveux se dressent sur sa tête et ses reins en soudaine construction (car le phrénos est bloqué !) l'amènent à uriner. (De Souzenelle, 1974).

Notons pour finir, qu'elle évoque que c'est dans les reins que se manifestent la sagesse divine, que les reins, comme tout germe, contiennent tous les dons et pour finir qu'ils possèdent une dimension royale et messianique. La dimension symbolique du rein apparaît donc comme particulièrement riche et intéressante à prendre en compte.

2-1-2-3 Une particularité de l'insuffisance rénale chronique

Il s'agit d'une maladie systémique qui ne s'exprime que très rarement par des signes urologiques ou néphrologiques spécifiques (sang dans les urines, douleurs lombaires, etc.), mais plutôt par des signes généraux (fatigue, œdèmes, anémie, etc.), appartenant plus à la sphère cardiologique (HTA, angine de poitrine, artérite, etc.) ou digestive (nausées, anorexie, etc.). Elle est donc longtemps silencieuse et/ou trompeuse, rendant son diagnostic fortuit et souvent tardif, à des stades avancés (stade 4 ou 5). La MRC a donc la particularité d'être souvent invisible pour la personne concernée, son entourage personnel et professionnel, et même parfois pour les professionnels de santé.

2-1-2-4- Les principales étiologies

Les principales causes d'IRT sont : les néphropathies vasculaires et hypertensives (25%), les néphropathies diabétiques (22%, essentiellement diabète type 2), les glomérulonéphrites chroniques (11%), les néphropathies héréditaires (8%, essentiellement polykystose rénale autosomique dominante), les néphropathies interstitielles chroniques (moins de 5%), les néphropathies diverses (10%), les néphropathies d'origine indéterminée (16%).

2-1-2-5- Les populations à risque

Les sujets à risque de MRC présentent les pathologies suivantes : diabète, hypertension artérielle traitée ou non âge > 60 ans, obésité ($IMC > 30\text{kg/m}^2$), maladie cardio-vasculaire athéromateuse, insuffisance cardiaque, maladie systémique ou auto-immune (lupus, vascularite, polyarthrite rhumatoïde, etc.), affection urologique (uropathie obstructive, infections urinaires récidivantes, etc.), antécédents familiaux de maladie rénale ayant évolué au stade d'IRC, traitement néphrotoxique antérieur (chimiothérapie, radiothérapie, etc.), exposition à des toxiques professionnels (plomb, cadmium, mercure, solvants organiques).

2-1-2-6 Les traitements de l'insuffisance rénale chronique

Il existe bien sûr des mesures visant à stopper ou ralentir l'évolution de l'insuffisance rénale chronique et ce dans le but de retarder au maximum la mise en œuvre du traitement de suppléance. Ces recommandations portent sur les mesures de néphro-protection : la réduction des facteurs de risque cardio-vasculaire, les conseils d'activités physiques, les conseils hygiéno-diététiques. Les traitements médicamenteux prescrits visent, quant à eux, essentiellement, à corriger les facteurs étiologiques et/ou les retentissements de l'IRC (anti-hypertenseur, anti-diabétique, anti-lipidique, inhibiteurs du système rénine angiotensine, EPO, etc.). Mais lorsque les reins ne réalisent plus leurs fonctions, il faut envisager une suppléance. Ces traitements sont de deux ordres : la dialyse et la transplantation rénale.

Pour ce qui est de l'hémodialyse, il s'agit d'un système d'épuration extra-rénale. Elle est habituellement indiquée lorsque le DFG est inférieur à 10ml/min/1,73m^2 et/ou lorsqu'apparaissent les premières manifestations cliniques du syndrome d'IRT. Contrairement à la transplantation rénale, les contre-indications au traitement par épuration extra-rénales sont rares.

2-1-2-6-1- Historique de l'insuffisance rénale aiguë et de l'hémodialyse

Maladies aussi vieilles que l'humanité, l'insuffisance rénale aiguë et l'insuffisance rénale chronique, si elles ne sont pas traitées, peuvent conduire au décès du patient en quelques jours ou semaine. Selon les travaux de Thomas Graham repris dans un article de la revue santé Fresenius Medical Care (2020), dans la Rome Antique, puis au Moyen-Age, on soignait l'urémie avec des bains chauds, des cures de sudation, des saignées et des lavements. Les méthodes actuelles de traitement de l'insuffisance rénale utilisent des processus physiques tels que l'osmose et la diffusion, qui se produisent universellement dans la nature et qui contribuent au transport d'eau et de solutés. Les premières descriptions scientifiques de ces phénomènes datent du XIX^{ème} S et ont été rédigées par le chimiste écossais Thomas Graham, aujourd'hui connu comme le père fondateur de la dialyse. Au départ, les méthodes de l'osmose et de la dialyse présentent de l'intérêt dans les laboratoires de chimie où elles permettent la séparation de substances, ainsi que l'élimination de l'eau contenue dans les solutions à l'aide de membranes semi-perméables.

Aujourd'hui, l'hémodialyse désigne une technique d'épuration extracorporelle au cours de laquelle le sang des patients souffrant d'insuffisance rénale est débarrassé des toxines urémiques. La première description historique de ce type de technique date de 1913. Abel, Rowntree et Turner ont réalisé une « dialyse » sur des animaux anesthésiés dont le sang circulait en dehors du corps, dans les tubes membranaires semi-perméables en collodion, un matériau à base de cellulose. Il ne fait aucun doute que la dialyse telle qu'elle est connue aujourd'hui se pose toujours sur les principaux éléments qui composaient le dispositif de Viv-diffusion mis au point par Abel. Pour faire circuler le sang à travers le « dialyseur », il fallait inhiber la coagulation sanguine, au moins temporairement. Pour ce faire, Abel et ses collègues ont employé une substance appelée « hirudine ». Identifiée en 1880 dans la salive de la sangsue, elle présente les propriétés anticoagulantes.

Georg Haas, médecin allemand a entrepris la première dialyse chez l'homme en 1924 à l'université de Giessen après avoir réalisé des essais préliminaires. Au cours des années suivantes et jusqu'en 1928, Haas a dialysé six autres patients, dont aucune n'a toutefois survécu, probablement en raison de leur état de santé très critique et de l'efficacité insuffisante de la dialyse. A l'instar d'Abel, Haas utilisait de l'hirudine comme anticoagulant lors des premières dialyses. Cependant, cette substance était très souvent à l'origine de complications graves dues à des réactions allergiques parce qu'elle n'était pas purifiée

correctement et provenait d'une espèce très éloignée de l'homme. Finalement, Haas utilise l'héparine lors de son 7^{ème} et dernier essai. L'héparine est un anticoagulant universel naturellement présent chez les mammifères. Malgré sa purification insuffisante, cette substance entraîne nettement moins de complications que l'hirudine. Après la mise au point de technique de purification plus efficace en 1937, l'héparine a été adoptée comme anticoagulant et est toujours utilisée aujourd'hui.

2-1-2-6-2- Le premier traitement efficace par dialyse

En 1945, le Néerlandais Willem Kolff a réussi à accomplir ce qui avait tenu Haas en échec. Kolff a utilisé un rein artificiel à tambour rotatif qu'il avait mis au point pour effectuer une dialyse sur une patiente de 67 ans hospitalisée pour insuffisance rénale aigue. Après une semaine, la patiente a pu quitter l'hôpital avec une fonction rénale normale. Cette réussite a démontré la faisabilité du concept élaboré par Abel et Haas et représente la première percée majeure dans le traitement de la patiente atteinte d'insuffisance rénale. Le succès de Kolff était en partie dû aux avancées techniques des équipements utilisés lors du traitement. Le rein artificiel à tambour rotatif de Kolff utilisait des tubes membranaires en cellophane, un nouveau matériau à base de cellulose conçue initialement pour le conditionnement alimentaire. Après que Kolff ait démontré que les patients urémiques pouvaient être traités avec succès grâce au rein artificiel, de nombreuses activités ont été initiées dans le monde entier au cours des années suivantes, dans le but de développer des dialyseurs plus perfectionnés et plus efficace. Ce dialyseur à plaque représente un développement majeur de cette période. Ces travaux ont permis aux scientifiques d'aboutir à une première description quantitative du processus de dialyse et ont permis le développement de dialyseurs présentant des caractéristiques définies.

Belding Scribner (1921-2023) a réalisé une première avancée dans ce domaine en 1960 aux Etats-Unis, avec le développement de l'abord vasculaire appelé plus tard « shunt de Scribner ». Ce nouveau procédé assurait durant plusieurs mois, un accès relativement simple aux vaisseaux sanguins du patient, permettant ainsi pour la première fois de traiter par dialyse les patients d'insuffisance rénale chronique. Au cours d'une intervention chirurgicale, ils ont relié une artère du bras à une veine. Cette veine qui d'habitude n'était pas exposée à la pression artérielle élevée, s'est fortement dilatée. Des aiguilles ont ensuite pu être insérées plus facilement dans cette veine sous-cutanée, ce qui permettrait un accès répétée. Cette technique a réduit le risque d'infection et permis de prolonger un traitement par dialyse

pendant plusieurs années. Aujourd'hui, la fistule artério-veineuse (AV) représente toujours l'abord vasculaire de prédilection pour les patients dialysés. Le développement a permis le traitement de longue durée de patients souffrant d'insuffisance rénale chronique. Clyde Shields a été de premiers patients hémodialysés chroniques. Ses traitements par dialyse ont permis de survivre onze ans à son insuffisance rénale chronique, avant de décéder des suites d'une maladie cardiaque. Ces succès ont servi de base fertile au premier programme d'hémodialyse chronique au monde, mis en place à Seattle au cours des années suivantes.

2-1-2-6-3- L'hémodialyse moderne

Après les premiers succès obtenus à Seattle, l'hémodialyse s'est établie dans le monde entier comme traitement de prédilection pour les malades atteints d'insuffisance rénale chronique et aigue. Les membranes, les dialyseurs et les générateurs de dialyse ont été constamment perfectionnés et fabriqués industriellement en nombre croissant. Désormais, les dialyseurs développés par Fresenius Medical Care sont en polysulfone, une matière entièrement synthétique, offrant des propriétés d'épuration et une tolérance élevée pour les patients. Aujourd'hui encore, ils représentent sur ces mêmes principes techniquement. Par ailleurs, les générateurs de dialysé moderne sont conçus pour détecter chez le patient et à un stade précoce des conditions critiques éventuelles pour qu'elles puissent être rapidement traitées pour l'équipe médicale. Ils sont dotés des systèmes efficaces de monitoring et de gestion des données et ont gagné en convivialité au cours de ces dernières années. Les générateurs de dialyse de toute dernière génération utilisent de plus en plus d'appareils commandés par ordinateurs, de technologie en ligne, de technologie de réseaux et de logiciels spéciaux. Les défis que ce posent actuellement le traitement des patients atteints d'insuffisance rénale ne découlent plus de l'absence de technologie ou de mode de traitement adéquat. Au contraire, ils résultent du grand nombre de patients nécessitant une dialyse, des complications résultant de longues années de traitement et de la complexité démographique médicale de la population de patients, dont le traitement aurait été inimaginable sans les travaux des pionniers présentés ici.

La prise en charge palliative de l'insuffisance rénale chronique se fait selon deux techniques : l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

2-1-2-6.3-1 L'hémodialyse

L'hémodialyse (rein artificiel) est une technique utilisée depuis plus de 40 ans ayant comme rôle de remplacer les fonctions principales des reins sains : filtrer le sang (éliminant ses déchets) et équilibrer les niveaux de liquides en éliminant les déchets du sang et l'eau en excès. L'appareil est donc constitué d'un filtre dans lequel circule le sang du patient et également un liquide appelé dialysat avec lequel le sang du patient est en contact. Il se fait échanges entre les deux liquides (sang et dialysat) de sorte que le sang élimine certaines substances (urée, créatinine, potassium, etc.) qui n'ont pas été filtrées par les reins qui sont déficients. Le sang retourne par la suite au patient par un système de tubulure. L'hémodialyse a aussi pour rôle d'enlever l'excédent de liquide accumulé. La plupart des patients nécessitant des traitements d'hémodialyse urinent très peu de sorte que tous les liquides qu'ils absorbent s'accumulent. Souvent, un patient va ainsi augmenter son poids de 1 à 2g par jour. Durant le traitement de dialyse, on peut enlever cet excédent de liquide en créant une pression dans le filtre.

Pour que le sang puisse aller dans le filtre et par la suite retourner au patient, il faut évidemment un système de tubulure et un accès vasculaire. La plupart du temps, on fera une opération appelée « fistule » qui est une communication entre une artère et une veine d'un membre supérieur. Ceci fera que la pression de l'artère sera transmise dans la veine qui se dilatera par la suite. On pourra par la suite insérer à chaque traitement une aiguille dans la veine pour que le sang puisse aller via la tubulure dans le filtre et une autre aiguille pour que le sang puisse retourner au patient. On retire les aiguilles à la fin de chaque traitement. Parfois, il n'est pas possible de faire la dialyse par une fistule. Il faut alors installer un cathéter dans une grosse veine du cou, ce qui permet ainsi d'avoir un accès au sang du patient. Ces cathéters s'infectent souvent de sorte que, dans la mesure du possible, il est préférable d'avoir un accès au membre supérieur. Les séances de dialyse durent entre 3 et 5 heures en fonction des personnes (poids, etc.) et se renouvellent en principe 3 fois par semaine pour épurer le sang et enlever l'excès de liquide. Le traitement de l'hémodialyse pas la maladie rénale de sorte qu'il le continuer à vie à moins que le patient ne reçoivent une transplantation.





Schéma 2 : Prise de dialyse

2-1-2-6-3-2 La dialyse péritonéale

Technique assez rare, la dialyse péritonéale est une autre façon d'épurer le sang d'un patient. Le principe de ce mode de traitement est d'utiliser la membrane du péritoine comme filtre. On insère un petit tube dans l'abdomen du patient (cathéter) et on laisse une des extrémités à l'extérieur de l'abdomen.

2-1-2-7- Epidémiologie de l'IRC

Pendant que dans les pays développés, l'affection atteint de plus en plus les sujets âgés, en Afrique, surtout chez les pays en voie de développement, la maladie rénale est répartie entre population adulte et jeunes adulte ; et dans des proportions relativement faible chez les adolescents. Les données épidémiologiques du CHU-Yaoundé sont illustratives à ce sujet.

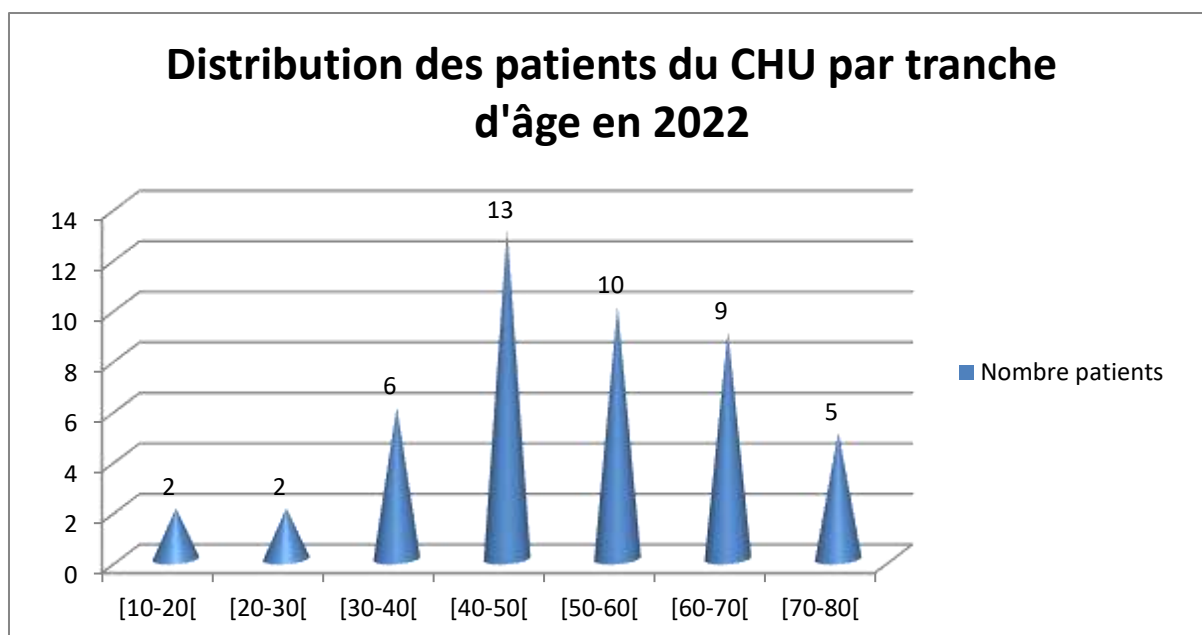


Figure 1 : Distribution des patients par tranche d'âge pour l'année 2022 (Source hospitalière)

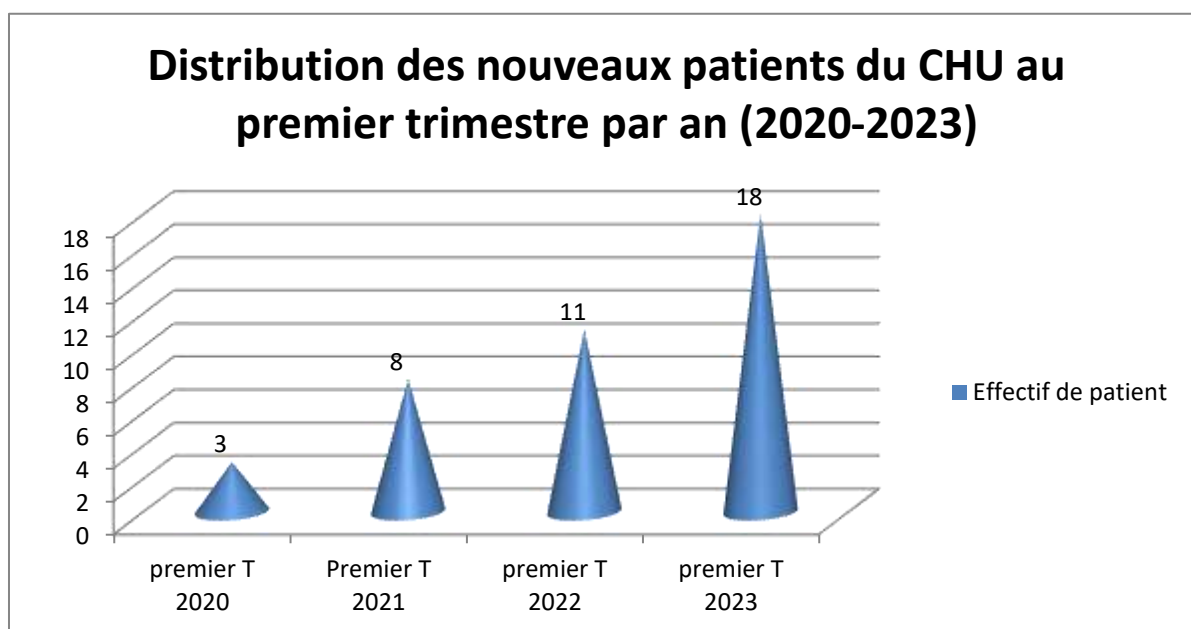


Figure 2 : Distribution des nouveaux patients au premier trimestre par an

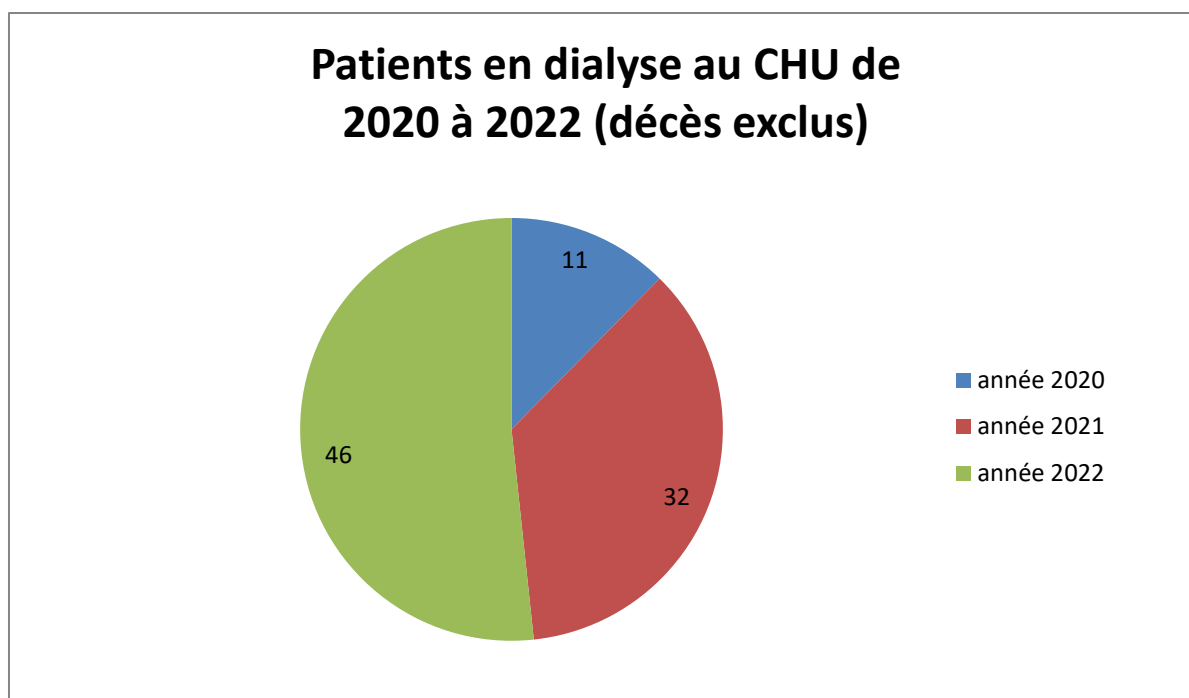


Figure 3 : patients en dialyse au CHU de 2020 à 2022

De ces graphiques, il ressort que la maladie rénale fait de nombreuses victimes au sein de notre société. La maladie n'épargne aucune tranche d'âge. Très souvent, après un diagnostic confirmé pour la dialyse, les patients rejoignent les structures hospitalières les plus proches de leur lieu de résidence au regard des contraintes de prises en charge subséquentes. Pour le cas du CHU, l'échantillon présente un accroissement du nombre de patients au fil des trimestres et des années. De plus en plus, les centres d'hémodialyse sont sollicités pour substituer à la fonction rénale défectueuse. En étendant ces enquêtes épidémiologiques sur les 11 autres centres publics d'accueil à l'hémodialyse au Cameroun, les chiffres pourraient bien être de nature à inquiéter les acteurs de la santé et susciter une réflexion assez profonde sur la question.

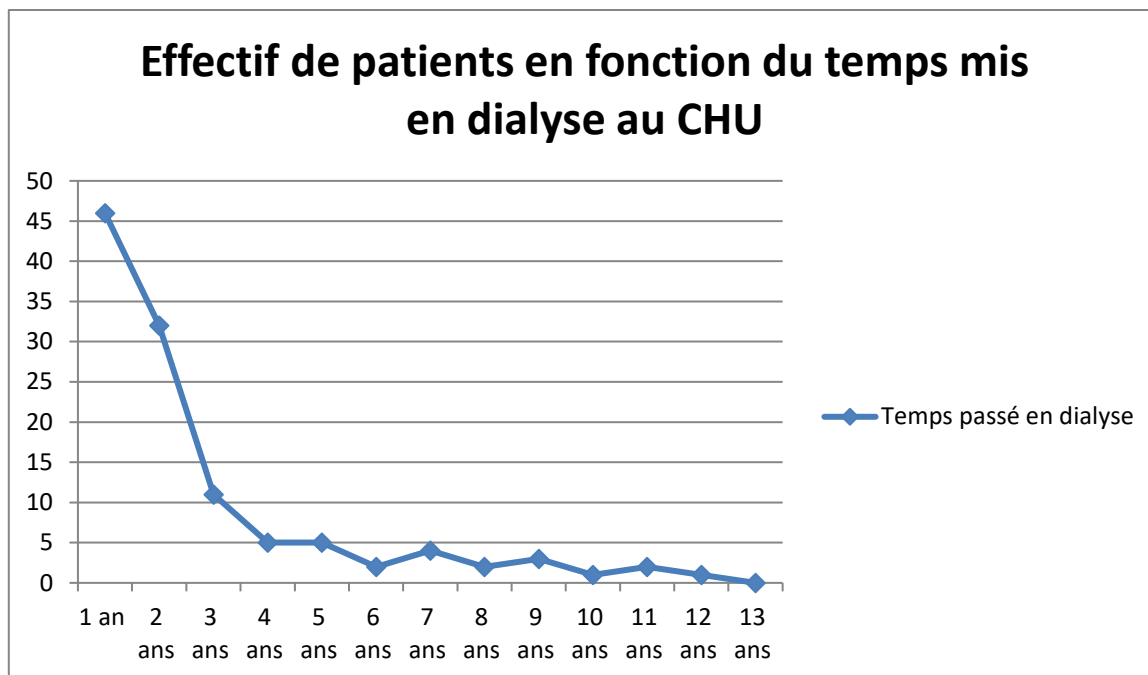


Figure 4 : Survie en hémodialyse au CHU-Yaoundé

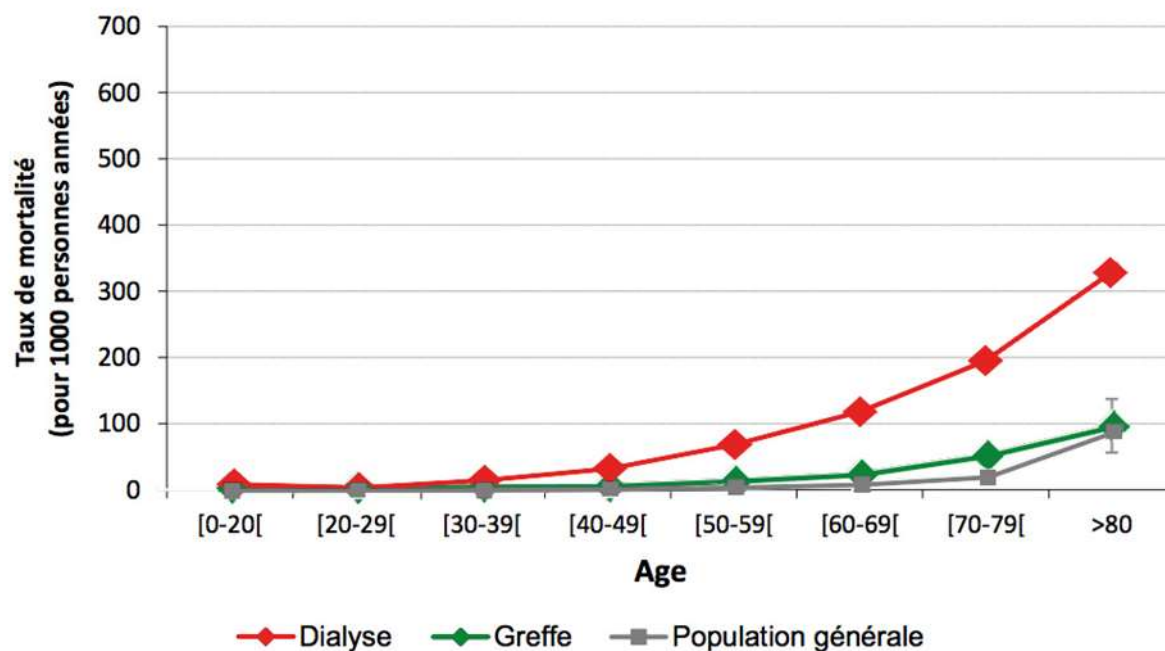


Figure 5 : Taux de mortalité comparatif selon l'âge en France (France Rein 2016)

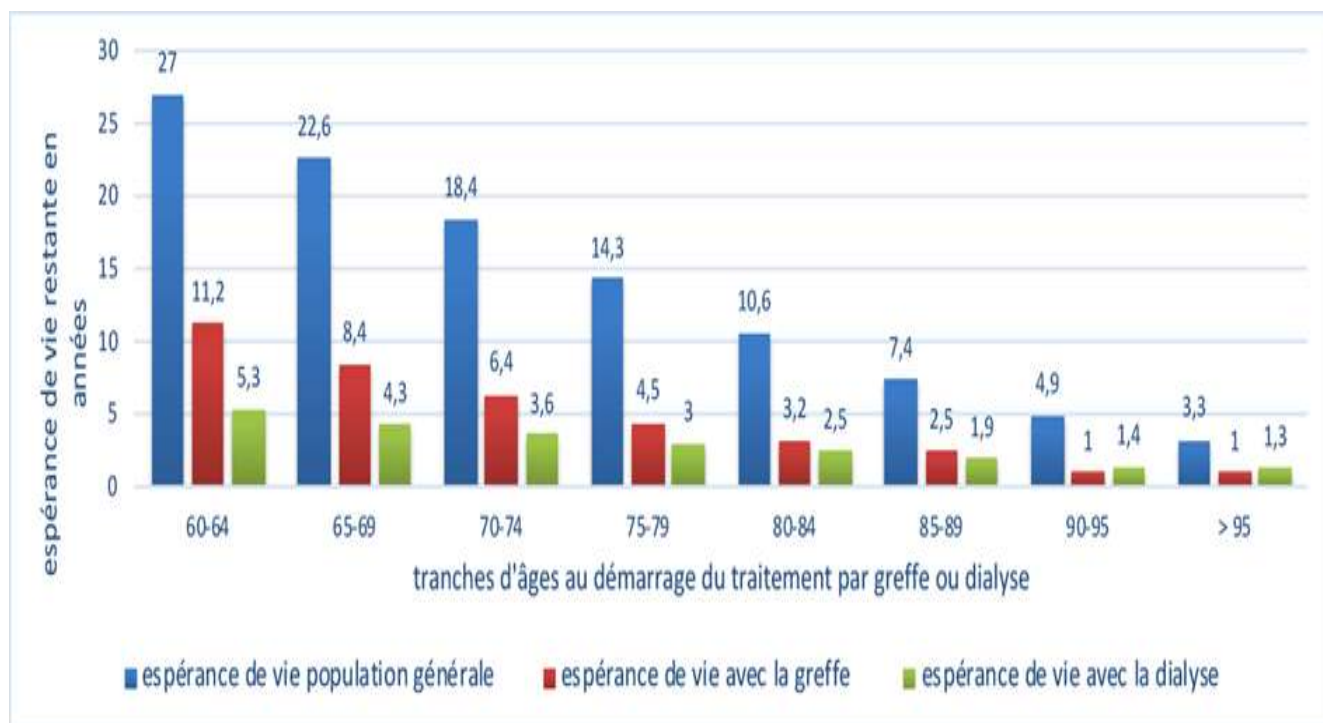
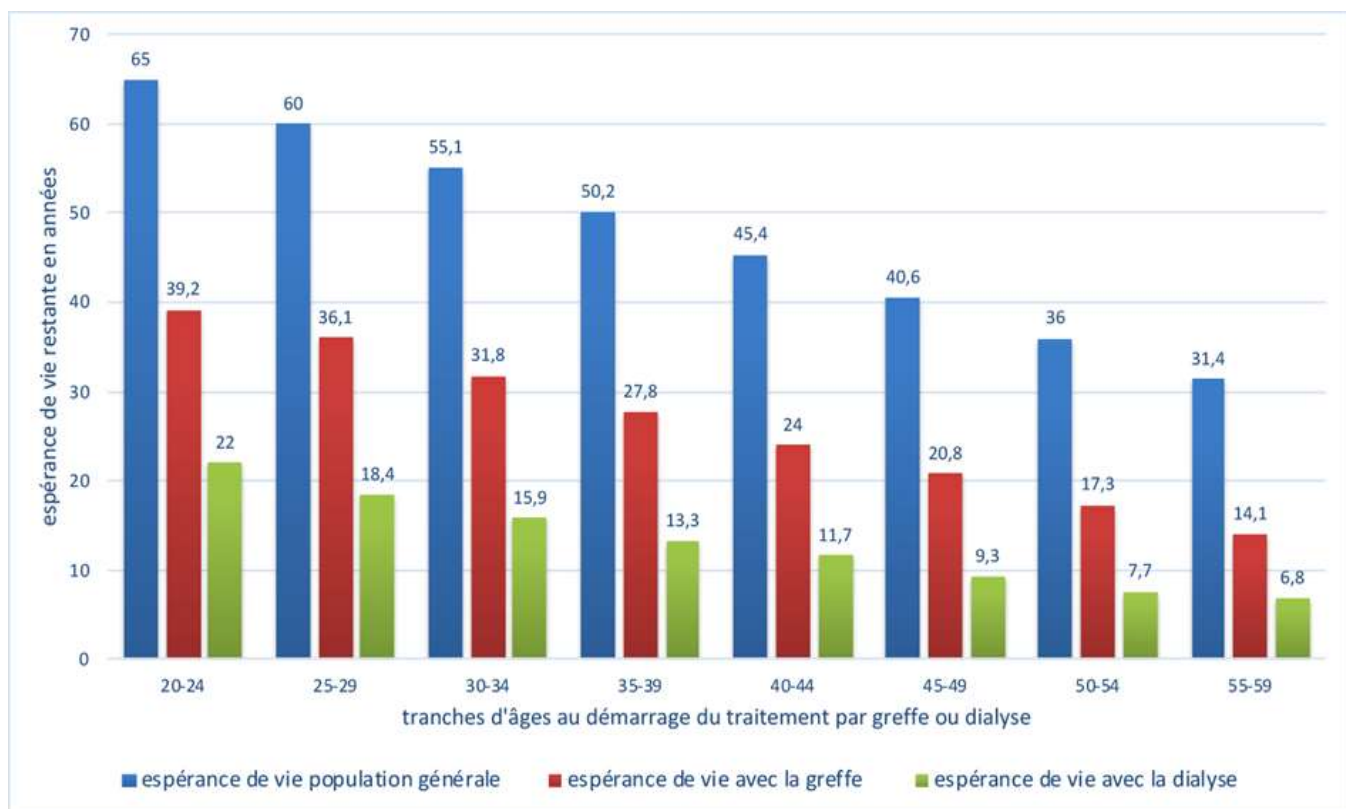


Figure 6 : Espérance de vie comparative de l'hémodialyse en France (Source : Rapport rein 2016)

Les graphiques ci-dessus mettent en exergue l'écart assez flagrant de la survie en hémodialyse entre l'échantillon de patients du CHU-Yaoundé et la survie en Europe (France). Si au Cameroun, on peut espérer vivre jusqu'à 5 ans depuis la première mise sous dialyse, lorsqu'on va au-delà de 5 ans la survie en hémodialyse reste hypothétique. Ils se comptent au bout du doigt ceux des patients excédant 5 ans de dialyse, la majorité des patients décédant dans la fourchette des 10 ans de dialyse.

Cependant, la survie en hémodialyse en Europe est assez élevée et représente quasiment plus du double du temps de survie au Cameroun. Les tranches de vie sont assez importantes en Europe au point qu'on peut suggérer qu'on vit là-bas avec l'hémodialyse. Par exemple, un patient camerounais qui survit à l'hémodialyse à 5 ans peut survivre à plus de 10 ans en Europe et des correspondances similaires peuvent être étendues selon chaque tranche d'âge de patients. Il est à relever que les machines à dialyse (rein artificiel) ne se fabriquent pas au Cameroun. Il s'agit des matériaux à usage international venant des pays développés (en Europe ou Asie). Certaines de ces machines sont fabriquées avec des technologies très avancées.

2-1-2-8 Le parcours de soins d'un sujet IRC

Les patients présentant une IRC sont contraints à une surveillance régulière. Dès l'annonce de la maladie, ils s'inscrivent dans un parcours de soins, qui est difficile à appréhender dans sa globalité. Les étapes, la chronologie, les échéances, ne peuvent, hélas, pas être prédites précisément, ce qui peut majorer l'inconfort psychique. En effet, il est parfois difficile de prévoir l'évolution exacte de la maladie, tant en termes de gravité que de temporalité. Cette IRC deviendra-t-elle chronique, terminale, dans quel délai un traitement substitutif sera-t-il nécessaire ?

Le suivi des patients est effectué par des néphrologues, des médecins d'autres spécialités (cardiologues, diabétologues, etc.), et des médecins généralistes. La prise en charge est donc supposée être pluridisciplinaire. Au CHU, il n'existe pas de programme d'étayage visant une sorte d'éducation thérapeutique (ETP) comme on pourrait le voir sous d'autres cieux. L'insuffisance rénale n'est donc pas une maladie où le risque vital est à l'avant-scène puisqu'il existe maintenant des traitements substitutifs. Cependant, l'inconnu, l'attente, l'absence de choix sont en revanche au premier plan, ce qui peut avoir de lourds impacts psychologiques.

2-1-2-9- Signes cliniques

Plusieurs signes cliniques peuvent être observés ou ressentis soit lors de la survenue de la maladie soit durant la prise en charge. Il s'agit de : fatigue, troubles digestifs (nausées, vomissements), hypertension artérielle, fourmillements, crampes, démangeaisons (parfois liées aux multiples transfusions sanguines), gonflements des paupières et/ou des chevilles (œdèmes) correspondant à une rétention d'eau et de sel, essoufflement.

2-2- LE CONCEPT DU VÉCU

Le mot "vécu" étymologiquement, vient du mot grec "veky" qui signifie "vivre". Il se définit comme « la manière de passer sa vie ». En tant qu'adjectif, vécu réfère à ce qui appartient à l'expérience de la vie, c'est-à-dire le réel ; ce qui s'est passé et/ou se passe réellement. Tandis qu'en tant que nom masculin, le vécu est synonyme de l'expérience vécue, le véridique, le vrai (Larousse, 2010). Le vrai ici n'est pas obligatoirement la concordance entre ce que le sujet vit et ce qu'il ressent, car comme le souligne Merleau-Ponty (1945) « Le vécu n'est jamais tout à fait compréhensible, ce que je comprends ne rejoint jamais exactement ma vie ». La compréhension du vécu semble donc plus aisée en psychologie.

En psychologie, la notion de vécu renvoie à l'expérience de la vie, l'expérience vécue en relation avec un phénomène. C'est l'ensemble de tous les événements qui vont meubler la vie de l'individu concerné par une étude sur un phénomène qui l'inclut (Panes, 2008). Doron et Parot (1991) définissent le vécu comme « l'ensemble des événements inscrits dans le flux de l'existence en tant que ceux-ci sont immédiatement saisis et intégrés par la conscience subjective ». Ceci veut dire que l'immédiat qui constitue le caractère essentiel de l'expérience vécue signifie la coïncidence de l'objet et de la conscience. Nous disons que dans cette étude, le vécu est compris comme le récit de la vie du sujet, prenant en compte la manière dont il s'adapte ou non à la situation dont il fait face (Fitzell & Pakenham, 2010).

De façon concrète, le vécu de la prise en charge en hémodialyse se confond avec le vécu de la maladie en raison de la fréquence des prises de dialyse soit deux prises par semaine d'une durée de quatre heures par séance non compris la durée de l'attente en salle. Ce qui fait que le patient donne parfois l'impression de souffrir du traitement plutôt que de la maladie (Montet-Aubrée, 2015).

Par ailleurs, si l'espace majeur du vécu de l'hémodialyse est l'environnement institutionnel au regard des contraintes de présence en dialyse soit deux à trois séances de dialyse par semaine, les espaces de partage comme l'environnement familial ou de travail se présentent comme des prolongements du vécu de l'hémodialyse. Il s'agit très souvent de moments d'écoute interne et externe suivi d'une évaluation de la place qu'occupe le sujet dans le groupe.

2-3- L'EFFRACTION TRAUMATIQUE

D'après l'étymologie du traumatisme, qui vient du mot grec « traumatismos » et qui signifie « action de blesser », l'aspect médical apparaît historiquement en premier. En ce sens, on définira d'abord un traumatisme comme une lésion, une façon mécanique. Le mot traumatisme sera ensuite appliqué aux blessures psychiques, aux chocs émotionnels violents dus à une situation si critique, exceptionnelle et urgente que le sujet est dans l'impossibilité de les maîtriser ou de les décharger : il se trouve démuni, impuissant, tant psychiquement que physiquement, à maîtriser l'événement. Ce défaut de contrôle peut être physique et énergétique ; il peut se traduire par une absence d'organisation de son système de défense ou par un vide au niveau du sens de l'événement dans son existence. Le traumatisme est relatif aux circonstances, à l'intensité de l'événement et aux ressources personnelles du sujet. Autrement dit, le traumatisme psychique est un processus psychique d'effraction et de débordement du psychisme (Crocq, 1996).

Il y a « traumatisme » souligne Roussillon (2014) lorsqu'un sujet est confronté à un excès d'excitation qui déborde ses capacités à endurer et à lier la situation qui se présente à lui, cette excitation produit une effraction psychique étendue qui est à l'origine d'une douleur psychique. Cette effraction psychique par l'excitation qui, comme on le voit, est caractéristique du trauma. Elle se spécifie par un certain nombre de traits qui confèrent à la douleur psychique sa nature particulière. Roussillon (2014) ajoute que, le débordement d'excitation produit un état dans lequel le sujet ne peut véritablement se saisir de ce à quoi il est confronté, qu'il ne peut véritablement pas le représenter symboliquement, c'est-à-dire le mettre en sens, ni même le lier d'une manière non-symbolique.

Roussillon (2014) indique également que, le traumatisme se caractérise autant par ce qui se passe, que par l'incapacité dans laquelle le sujet se trouve à donner sens à ce à quoi il est confronté. Incapacité qui peut provenir de son immaturité mais aussi des conditions

d'environnement « symboligène ». Le caractère à la fois « irreprésentable » et « inassimilable » de l'expérience subjective aura pour effet que le sujet ne peut que tenter de se protéger contre les effets désorganisateurs de l'effraction, il n'est que mobilisé à des défenses contre la confusion psychique produite par celle-ci, défenses dont l'aspect majeur, nous le verrons, est de se retirer, d'une manière ou d'une autre de la scène.

2-4- EFFRACTION PSYCHIQUE

Selon Bokanowski (2010), l'effraction psychique est la conséquence d'un événement dont la soudaineté, l'intensité et la brutalité peuvent non seulement entraîner un choc psychique, mais aussi laisser des traces durables sur le psychisme d'un sujet, qui s'en trouve alors altéré. Pour Lebigot (2016), l'effraction psychique correspond également à une réaction d'effroi et de sidération psychique souvent liée à un vécu de mort imminente.

Il s'agit là d'une confrontation soudaine, brutale, violente et imprévisible avec le réel de la mort, sans possibilité de se défendre ou d'anticiper la situation. Cette rencontre a pour effet un état de véritable torpeur de l'appareil psychique, qui se retrouve comme figé et immobilisé à l'instant traumatique, comme en témoignent les symptômes de répétition qui ramènent inlassablement le sujet à la scène initiale. La clinique de l'effroi se révèle capitale pour appréhender les différences dimensions du traumatisme psychique. L'effroi représente un moment de saisissement, d'anéantissement et de vide au cours duquel les sujets sont comme dans un état second, sans aucune possibilité de réagir ni d'exprimer leurs émotions ou leur angoisse.

C'est aussi un moment de déréalisation, de « blanc » (Lebigot, 2016), où le sujet n'a pas le temps de comprendre ce qui lui arrive et de réaliser la situation, comme s'il n'en faisait pas partie. C'est dans cette vulnérabilité extrême que l'on peut saisir la notion d'effraction. En effet, par la violence, le choc crée une rupture de la pare-excitation ou de l'enveloppe psychique (Freud, 1920) et permet ainsi l'intrusion de l'image traumatique comme un « corps étranger », qui fait alors éternellement retour par défaut d'élaboration. C'est parce que le sujet ne parvient pas à transformer ce percept en pensée et à l'associer à des mots et à des émotions qui prennent sens pour lui que l'image traumatique revient de manière incessante. Le traumatisme psychique correspond à une absence d'élaboration, de mentalisation, d'association et de représentations significatives sur le plan subjectif.

Les symptômes de répétition marquent la prédominance du perceptif qui ne peut être lié à aucune représentation mentale pour pouvoir être associé et intégré à la mémoire. Le sujet narre très souvent cet épisode comme s'il y était encore et dans les moindres détails comme dans un cliché photographique : les odeurs, les sons, les sensations sont présentes et actuelles comme si le temps s'était immobilisé à jamais sans pouvoir reprendre son cours.

2-5- EFFRACTION CORPORELLE

Avec Freud (1920), il y a effraction corporelle quand l'appareil psychique n'est plus capable de lier les excitations trop intenses avec les réactions émotionnelles anciennes ; ce qui va entraver répétitivement le contact du sujet à la réalité et se manifestent sur le corps comme troubles psychosomatiques. Glover-Bondeau (2019) renseigne que, l'effraction psychique est l'expression d'une souffrance intrapsychique ou psycho-sociale par des plaintes corporelles, celles-ci pouvant conduire à une consultation médicale. L'effraction corporelle est l'expression des troubles anxieux et de l'humeur. Les médecins parlent de troubles psychosomatiques, fonctionnels, de somatisation, de troubles de conversion ou somatoformes.

Le syndrome douloureux somatoforme persistant se traduit lui souvent par une douleur intense et persistante, non expliquée entièrement par un problème physique ou physiologique, dans un contexte de problèmes émotionnels et/ou psychosociaux. Les troubles de somatisation ont un retentissement familial, social et professionnel. Différents facteurs contextuels ont été mentionnés comme possibles causes de l'effraction psychique : des antécédents traumatiques, exposition à des décès, divorces, maladies graves dans la famille, etc. Il a été observé que les sujets présentant, à l'âge adulte, un trouble somatoforme auraient eu des parents renforçant l'expression somatique chez eux au détriment de l'expression des émotions. Ces parents auraient eu eux-mêmes des comportements de somatisation. Les personnes souffrant de dépression majeure tout comme ceux ayant des troubles anxieux ou des troubles affectifs présentent plus de symptômes de somatisation.

La douleur psychique, la perte corporelle et le travail du moi selon Ferenczi (1918) et Freud, font l'objet d'un investissement narcissique dans la partie atteinte ou manquante. La régression narcissique favorise le travail du moi envahi par l'atteinte corporelle et l'agent traumatique. Le déni de la perte d'un membre est également souvent nécessaire au moi. L'effraction corporelle réactive souvent l'image d'une amputation du moi. L'angoisse de castration peut ainsi être réifiée à partir de la réalité de la castration. Un véritable travail du

moi permettra d'élaborer la perte en termes de castration symbolique liée à la peur. La référence à la castration réelle repose sur l'échec de ce travail du moi en relation à des failles de l'appareil psychique et de ses capacités de représentations. Ainsi, le déni de la castration réelle induit le processus de régression et de fixation à l'image perdue du moi, pour éviter sa propre perte, le moi dénie la perte d'une partie du corps.

2-5-1- La relation corps-machine : un vécu traumatisant

Selon Causeret (2006), les machines dépassent l'homme par leur puissance et l'homme les considère comme menaçantes car elles sont l'objet de fantasmes effrayants voire d'angoisse de mort. Malgré tout, la mort des patients en dialyse est toujours repoussée par la machine de façon rythmée au moment où le corps est défaillant dans une de ses fonctions vitales. Au demeurant, cette machine qui assure une vie artificielle, bouleverse l'ordre naturel du fonctionnement biologique. Le débordement machinique sur le corps humain en hémodialyse évoque une sorte de mi-homme, mi-machine performants. Les hommes fusionnent avec le monde machinique : câbles-cordons ombilicaux, c'est ainsi que les tubulures de la machine peuvent être fantasmées par les patients dialysés. Ceux-ci peuvent avoir des fantasmes effrayants de la machine. La machine peut dévorer leurs corps, le vider au point de le mécaniser et l'engloutir. Les craintes fantasmatiques se retrouvent chez des dialysés. C'est ainsi qu'on peut écouter certains dire « un jour la machine aura raison de moi... elle peut me tuer ».

Dans la réalité, la machine n'est en effet pas exempte de risque de mort : elle peut engendrer entre autres complications, des baisses de tensions artérielles, son circuit extracorporel sanguin peuvent coaguler, des bulles d'air peuvent s'y engouffrer et les maladies virales peuvent se transmettre. Il s'en suit parfois des attaques de panique ; d'où le sentiment d'un mort vivant. Voilà pourquoi chaque séance de dialyse aboutit très souvent à une accumulation de microtraumatismes qui finissent par éroder psychiquement le patient par peur de la machine étant entendu que ce n'est pas seulement la nouveauté qui provoque la peur, mais aussi l'inconnu qu'il y'a à l'intérieur de ce qui est connu.

2-5-2- Brouillage de la limite corps-machine

La fistule et le cathéter comme points de connexion et témoins du brouillage de frontière entre le dedans et le dehors évacue l'intériorité du corps vers l'extérieur. Pour

certain, la machine est le prolongement du corps. Lors des branchements, la frontière entre le dedans et le dehors s'estompe dans le va-et-vient du sang entre la machine et le dialysé. L'intérieur se confond avec l'extérieur et l'étrangeté de celui-ci s'ajoute celle de la maladie, ils ne cessent de s'introduire dans l'intimité de la personne. La confusion donne au soi l'image d'un étranger : on appelle la machine de dialyse « *mon rein* ». L'étrangeté gagne ainsi du terrain avec la perte de l'intimité qui, elle, prélude à la perte de la propriété. Ainsi privé de son intériorité, le corps se transforme en objet dépossédé. Le malade perd une part de jouissance de son corps dans les deux acceptions du terme : la propriété et le plaisir de son corps (Recham, 2010).

Comme ces automates la machine à dialyse limite, questionne aussi les limites du territoire humain et plus précisément, il met à l'épreuve les limites du corps dans sa relation de proximité avec lui. Le sang circule en dehors de ses limites. Les fonctions de contenance du moi-peau sont ici mises à rude épreuve (Anzieu, 1974 ; 1985). La dialyse met à mal les limites du corps dans leur fonction de contenance ; qu'est ce qui est intérieur et extérieur. La machine n'est ni dedans ni dehors, elle est hétérogène au corps (Causeret, 2006). En effet, voir, sentir, entendre son sang circuler en dehors de son corps dans les tuyaux qui vibrent au rythme des battements cardiaques peut engendrer un flou entre le corps et la machine de sorte que la patient ne sait plus très bien où comme l'un et où commence l'autre, ce qui peut le conduire à un état de détresse psychique connoté d'une inquiétante étrangeté (Freud, 1919). Dans leur corps à corps avec la machine, les dialysés ont ainsi à départager ce qu'il en est de leur corps et ce qu'il en est de la machine ; ce qui les ramène régressivement au départage du dedans avec le dehors dès les premiers temps de la vie psychique qui passe par la décorporation (Green, 1980).

2-5-3- L'inquiétante étrangeté corps-machine

Selon Los Szekely N. (1971), le sentiment d'inquiétante étrangeté apparaît quand quelque chose de non-vivant s'anime, se met à gesticuler comme un homme, s'agite par sa propre force, parle, bouge, gesticule, ou quand une partie séparée du corps se met en mouvement. Sont supposées causes de l'inquiétante étrangeté la répétition, tout ce qui renvoie à la mort et au retour de celle-ci, spectres, revenants ou encore personnages malveillants. Ce sentiment particulier serait causé par la transformation en angoisse d'un contenu refoulé qui fait retour à la conscience. Il s'agit de confrontation du sujet à une situation ou un élément de

l'environnement qui sollicite des éléments inconscients donc familier que le processus du refoulement transforme en éléments conscients étrangement inquiétant.

Ainsi, la maladie et les limitations qui en découlent peuvent être interprétées comme une sorte de miroir reflétant pour le sujet des éléments de lui-même ou de l'entourage qu'il ne souhaiterait pas reconnaître comme siens. Pour Korff-Sausse, le sujet dont le corps est altéré constitue de manière analogue le reflet des imperfections et du négatif que nous refusons de reconnaître en nous. Le corps malade, déformé peut alors être assimilé à la démonstration visuelle de la part d'étrangeté propre à tout être humain, mais le handicap constitue l'équivalent d'une preuve avérée. L'expérience de la maladie et de son traitement entraîne très souvent une sensation de désappropriation qui s'enracine dans l'étrangeté qui s'impose au sujet comme altérité (Recham, 2010). Le rapport corps-machine est étrangement inquiétant car le patient peut penser la machine comme une sorte de double qui partage le savoir et la connaissance de son corps, partage le sentiment de l'autre : le savoir de maintenir en bonne santé et celui de détecter ses dysfonctionnements en dialyse.

Pour Freud (1919), le double est une formation appartenant aux temps psychiques primitifs, temps dépassés où il devait sans doute alors avoir un sens plus bienveillant. Il est facile de juger, d'après le modèle du double, des autres troubles du moi mis en œuvre par Hoffman. Il s'agit ici du retour à certaines phases dans l'histoire évolutive du sentiment du moi, d'une régression à l'époque où le moi n'était pas encore nettement délimité par rapport au monde extérieur et à autrui. L'inquiétante étrangeté produite par la répétition de l'identique dans un contexte différent dérive de la vie psychique infantile. L'inquiétante étrangeté est quelque chose qui aurait dû demeurer cachée et qui a reparu. L'inquiétante étrangeté émane de la toute-puissance des pensées, de la prompte réalisation des souhaits, des forces néfastes occultes ou du retour des morts.

Comme énoncé plus haut, plusieurs raisons peuvent causer l'angoisse de mort dans la relation corps-machine. La dialyse met le sujet en lien avec son passé trouble. La machine peut signifier cette triste figure parentale qui refait surface à travers ces moments pénibles de la dialyse. La mise en dialyse peut être paraître comme un après-coup suite à l'annonce de la maladie rénale ; ce qui vient confirmer une situation de perte irréversible de sa santé. Pour certains sujets, chaque séance de dialyse confirme l'usure du corps et donc la présence de thanatos ; ce qui maintient le sujet dans une situation d'inquiétude permanente. La machine met à nu le patient, le transforme en une série de chiffres.

2-5-4- Les syndromes de l'angoisse traumatique de répétition en dialyse

Le syndrome de répétition se traduit par des reviviscences de l'évènement traumatique. Selon Lebigot (2005), le syndrome de répétition « est le retour dans la conscience de l'image sensorielle, sensitive ou cénesthésique, qui a fait effraction dans l'appareil psychique au moment du traumatisme ». Les symptômes de répétition sont considérés comme le symptôme central, le noyau essentiel et pathognomonique des syndromes psycho-traumatiques.

La répétition de l'histoire traumatique signifie une modalité de transmission, une modalité de réorganisation par rapport à ce que le traumatisme a désorganisé. Cette réorganisation va néanmoins échouer en répétant : la répétition est un échec de réorganisation. Comment comprendre la répétition ? Elle est une fixation au traumatisme. Elle montre aussi une tentative de maîtriser le traumatisme, une tentative d'appropriation, de symbolisation. C'est également un échec de la symbolisation. La répétition commémore (empêche) ce que la symbolisation pourrait oublier. Par la répétition, le sujet commémore ce qu'il cherche à oublier. En effet, la mémoire a pour fonction d'enregistrer, de stocker et de rappeler les expériences vécues, c'est le souvenir. La mise en mémoire constitue l'oubli. Mémoire et oubli sont indéniablement liés. Les blessures psychiques sont un obstacle dans le travail de mémoire.

Par un phénomène de fixation, les images du passé sont souvent sans dialogue, figées dans un temps mort qui traduit la violence de ce passé destructeur. Lorsque l'individu est blessé psychiquement, la mémoire ne fait plus son travail ; il y a une fixation sur le traumatisme vécu et le passé est dès lors vécu comme un événement présent par la répétition du traumatisme. Autrement dit, la mémoire traumatisée est une mémoire verrouillée, qui ne lâche pas facilement le passé pour en faire un souvenir (Fischer, 2003). Freud (1953) disait à ce propos que « les situations qu'on n'avait pu intégrer à la trame du Moi se répétaient ». En effet, dans le temps du traumatisme ou de l'irruption de la représentation effrayante, l'abréaction, décharge émotionnelle par laquelle un sujet se libère de l'affect attaché au souvenir d'un événement traumatique lui permettant ainsi de ne pas devenir ou rester pathogène, est impossible.

Autrement dit, il est impossible de produire des paroles ou des actes capables de produire une décharge de l'affect. Il est impossible pour le sujet de nommer ce qui dans le traumatisme a provoqué l'effroi et/ou d'abréagir à cet affect en faisant appel aux ressources de l'association symbolique et du refoulement. C'est cette dissociation entre le traumatisme

initial et l'affect qui est à la source des symptômes. Il y a donc répétition de ce qui n'a pu être symbolisé. Roussillon (2012) indique à ce propos que « quand la situation extrême a cessé au-dehors, elle « revient » de l'intérieur, elle hante le sujet, elle est compulsivement réactivée de manière hallucinatoire par la contrainte de répétition, par un automatisme de réinvestissement des traces ». Lorsque la symbolisation n'a pas été possible, il y a répétition du traumatisme. Les syndromes de répétition surviennent brusquement et montrent un retour persistant à un passé douloureux. Chez certains traumatisés, les syndromes de répétition surviennent en réponse à un stimulus qui rappelle l'événement. La répétition peut être aussi perçue comme une tentative de maîtrise de l'événement, une tentative d'élaboration non aboutie, un moyen d'intégrer psychiquement ce qui n'a pas eu lieu.

Freud (1920), le traumatisme psychique se traduit d'un point topique comme une rupture de l'enveloppe psychique, du pare-excitation. Cela désorganise la psyché durablement et facilite l'intrusion du traumatisme dans l'appareil psychique comme un « corps étranger » qui ne peut être assimilé. L'incessant retour de ce corps étranger à travers les symptômes de répétition peut être compris comme une tentative d'assimilation par le sujet. Ce que Ferenczi avait déjà énoncé en 1932 lorsqu'il écrivit que « la tendance à la répétition dans la névrose traumatique a aussi par elle-même une fonction utile, elle va conduire le traumatisme à une résolution si possible définitive, meilleure que cela n'avait été possible au cours de l'événement originaire commotionnant »

Freud (1920), dans son ouvrage *Au-delà du principe de plaisir*, aborde la répétition comme maîtrise d'une situation de déplaisir. L'absence de préparation, de représentation concernant la situation traumatique, confronte le sujet à une perte de son emprise narcissique sur le monde extérieur, sur le monde des objets. La compulsion de répétition est une façon de tenter, comme dans le jeu répétitif de l'enfant à la bobine, de rétablir cette emprise par le biais de la représentation, de la mise en scène du trauma.

A une des interrogations adressée à un patient où il lui était demandé de savoir si le fait de passer les dialyses assez régulièrement ne diminue pas leur angoisses par effet d'habituation, le patient répondit : « on ne s'habitue pas à la menace de mort » ; le caractère répétitif des séances de dialyse avec ses effets entraîne une ruine progressive du sujet. Il s'agit des moments de menace qui rendent compte de la réalité de thanatos qui se profile à l'horizon. Les effets couplés de l'annonce de la maladie et plus tard de traitements itératifs ne laissent point des moments d'accalmie chez certains patients. Les incidents survenus au cours des

séances de dialyse d'avant peuvent se répéter ou dégénérer à la prochaine séance : coupure d'eau, hypotension, panne de machine, etc. Ces situations se traduisent par des préférences de machine ou de salle à dialyse, des moments de panique et de colère, l'agressivité ou l'absence de sommeil, etc.

2-6- L'ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE

Selon le Dictionnaire Larousse (2010), le mot "événement" vient du latin "Evenir" qui signifie "arriver", ce qui se produit, arrive ou apparaît. Or, l'événement selon Souki (2002. p33), peut être qualifié d'heureux, de malheureux, d'inattendu, d'exceptionnel ou de commun. Donc, il ne concerne pas uniquement les situations négatives de la vie mais touche également aux événements heureux tels que les réussites, les naissances, etc.

Quant au Dictionnaire de la psychanalyse, il définit le traumatisme comme « un événement inassimilable pour le sujet, généralement de nature sexuelle et tel qu'il peut paraître constituer une condition déterminante de la névrose.». (Chemama & Vandermersch, 1998, p.446). Comme nous le voyons, cette définition diffère de la précédente car ici, l'événement traumatique a été spécifié pour ne pas dire limité aux événements de nature sexuelle. De même qu'elle ne précise pas exactement le type de névrose que va engendrer le traumatisme. Ce qui fait dire à Crocq (2007) que l'événement traumatique « est un événement susceptible par sa soudaineté et sa violence, de donner lieu au phénomène de trauma dans le psychisme du sujet qui le subit. On admet qu'il s'agit d'un événement exceptionnel, sortant de la routine quotidienne et menace la vie du sujet ou son intégrité physique ou mentale. Il est vécu avec terreur et prend le sens d'une rencontre manquée avec la mort.».

2-7- LES DOULEURS PSYCHIQUES DES ÉVÉNEMENTS : LES ANNONCES, LES PERTES ET LA DÉPENDANCE EN NEPHROLOGIE

L'insuffisant rénal vient à l'hôpital non pas pour guérir, mais parce que les médecins lui proposent, grâce à des techniques avancées, de reculer les limites entre la vie et la mort. Il se trouve par là même dans la situation de survivants. Voilà pourquoi le retentissement psychologique de l'annonce est énorme et la façon dont il est vécu par le malade détermine pour une bonne part son rapport futur à la maladie, au traitement et à son l'environnement. Pour Freud, c'est le savoir médical qui inaugure la présence de la maladie, sans que le patient ait nécessairement éprouvé les sensations corporelles lui indiquant que quelque chose se passe en lui. Si aucun dispositif d'annonce n'est mise en place comme c'est très souvent le cas dans

les centres d'accueil des malades chroniques, l'annonce de la maladie rénale au stade chronique est souvent vécue comme un véritable choc qui peut conduire à un traumatisme.

Le contenu de l'annonce de la maladie chronique est complexe. Il résonne comme une double condamnation : d'une part, condamnation à perpétuité à vivre avec une maladie et un traitement, c'est-à-dire, condamnation à une vie apparemment diminuée, à l'amplitude restreinte quand on sait qu'être en bonne santé, c'est *pouvoir faire ce qu'on veut avec son corps sans être limité par ses capacités* (C. Herzlich, 1985). La maladie chronique conduit à une vie réduite parce que les exigences du traitement sont lourdes et rognent les ailes de la liberté et de la spontanéité. L'annonce d'une maladie chronique est une annonce de mort. Au mieux, cela qui suppose que le malade est condamné à vivre dans une proximité constante avec sa propre mort. D'abord, parce qu'on vient juste d'y échapper, la foudre n'est pas tombée de loin. Mais la mort est proche aussi parce qu'elle vient d'un seul coup d'être présentée, non comme la lointaine perspective commune, mais comme la menace actualisée nous affectant personnellement. Ainsi, si le diagnostic désignait le sujet comme malade arbitrairement « choisi » parmi les vivants, l'annonce vient préciser que la mort, comme processus négatif virulent, est activement et définitivement à l'œuvre en lui (Barrier, 2007).

L'annonce du diagnostic de l'insuffisance rénale chronique se fait soit concomitamment avec le traitement en cas d'urgence ou d'évidence médicale soit de façon dichotomique à la suite d'une confirmation médicale du néphrologue basée sur l'état des signes et symptômes. Au dernier cas, l'annonce de l'hémodialyse est le résultat d'un processus d'observation médicale initiée par le cardiologue ou le médecin consultant généraliste qui après examen préliminaire, concède finalement la suite du processus au néphrologue, spécialiste en la matière. C'est un moment de rupture très éprouvant qui vient rompre le silence des organes car la maladie rénale évolue de façon discrète et plus ou moins lente avant l'arrivée au stade chronique. L'angoisse générée est fonction de l'étiologie, de l'exposition aux événements traumatiques analogues, de la maturité du sujet, des comorbidités et aussi de la brutalité de l'annonce, car pour bon nombre de médecins chronique, la guérison est un tabou. L'annonce de la dialyse brise le rêve de la continuité de la vie. Les douleurs psychiques sont d'autant plus prégnantes que la maladie intervient au moment où l'on croit ne pas avoir réalisés bon nombre des projets qui nous tenaient à cœur.

Par ailleurs, en raison de sa maladie et des soins, l'insuffisant rénal est confronté à de nombreuses pertes.

Après l'annonce du diagnostic qui révèle la perte de l'état de santé, d'autres types de pertes sont douloureuses à vivre et s'inscrivent dans le registre corporel. Il s'agit notamment des douleurs liées à la maladie, aux exigences et effets secondaires des traitements : régime plus ou moins drastique, réduction de la motricité et de la motilité, fatigabilité, etc. la perte de liberté et de temps liées à la dépendance à la machine constitue la contrainte la plus douloureuse à vivre psychiquement, en particulier par le sentiment d'impuissance qu'elle génère. La sensation de désappropriation est d'autant plus accentuée par une thérapie lourde, contraignante et intrusive. Pour le dialysé vivant dans un rapport de dépendance, l'asservissement subi quotidiennement s'apparente au vécu d'esclavage dont parlait J. Locke (1994). Le fait de ne pouvoir vivre de lui-même l'empêche de jouir pleinement de la propriété de sa propre personne, de la libre disposition de soi. Le malade, en l'occurrence le dialysé, n'est pas maître de lui-même et peine à s'affirmer comme propriétaire de sa propre personne (Recham, 2010).

En famille, l'annonce de la maladie rénale est un évènement traumatique. Très souvent, elle survient contre toute attente et l'état du malade affecte toute la structure psychique de la famille. Dans la vision corporatiste du psychisme de groupe, il ne s'agit plus du seul malade, mais des malades formant tout un corps si l'on considère comme Kaes la famille comme une association des psyché individuels et que chacun membre a investi l'autre par le lien, mais malheureusement, le sujet a trahi la confiance placée en lui. Qui est donc responsable de cette situation? Comment va-t-on s'en prendre? Que sommes-nous désormais? Les représentations de la maladie et ses contraintes des soins portent un coup sur l'état des liens en famille : les patients peuvent perdre leur statut, leur rôle tenu jusqu'alors au sein de leur famille. Il y'a aussi des remaniements relatifs à leur vie sociale : les amis peuvent fuir le patient car ils ont peur de ce qu'il renvoie. Les difficultés dans le travail apparaissent aussi souvent avec la crainte de perdre son emploi. Ces pertes sont incontournables et alimentent les douleurs liées à la peur de mourir car l'effroi s'installe devant la solitude, l'abandon. La douleur de mourir est liée à l'insoutenable idée de la perte de soi comme chute hors du monde (Cupa, 2002). De plus, dans le cas de certains patients, plus on a le sentiment de ne pas avoir accompli tous ses projets, plus la notion de perte peut être intense et interférer sur l'image du corps et la représentation de soi (Pucheu, 2015).

2-8- LE MALADE FACE AUX REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA MALADIE

Selon Jean Louis Pardinielli (1987), la maladie vue par le malade est une expérience individuelle comportant des retentissements psychologiques, sociaux, culturels. Celui-ci décrit les représentations individuelles et originales comme des « théories profanes ». Ces théories profanes ou personnelles sont fondées sur des représentations sociales partagées qui ont été décrites de manière empirique dans une perspective anthropologique (Laplantine, 1993) ou sociale (Moscovici, 1961 ; Morin, 1996) et juxtaposent les ambiguïtés du discours scientifiques ou encore des symboliques culturelles fortes comme par exemple celle du Sida (Jodelet, 1989) ou du cancer (Pierron, 2007) et les conceptions originales construites par l'individu. D'ailleurs en France, offusqués par une représentation sociale abjecte, les malades avaient dénoncé dans les années 80 et 90 une identification qui leur colle à la maladie ; on les appelait sous le vocable soit de « sidéen » soit de « cancéreux » (Barbot, 2002).

A l'heure actuelle, peu de données sont disponibles au sujet de la représentation sociale de l'insuffisance rénale. Cependant, on peut noter que l'image de la mort imminente reste collée à cette affection. Voilà pourquoi, on peut entendre certains patients ou l'homme ordinaire avancer avec détachement que les patients d'insuffisance rénale « lavent le sang » à l'hôpital. Ce type de perception entraînent souvent des pratiques discriminatoires à l'égard de l'autre affaibli et des relégations ressenties dans toute la vie sociale ; ce qui alimente et renforce même un sentiment de différence et de conscience de sa mortalité (Bataille, 2007). L'image de la mort est l'expression la plus achevée de leur mise à distance puisqu'elle incarne la rupture définitive de tous les liens d'altérité. Les représentations sociales de certaines maladies chroniques sont liées à la symbolique de l'organe ou de la substance au centre de la souffrance. Pour cas du sida c'est le sexe, et pour l'insuffisance rénale c'est le rein ou le sang.

Se reconnaître dans la santé et refuser de s'assumer malade ne cachent pas seulement un malaise personnel, il est donc réducteur de prétendre uniquement l'interpréter comme défense individuelle contre une maladie grave : il est au cœur du débat sur le corps malade et le corps sain, sur la santé et la maladie. S'appropriier des organes sains et considérer des parties malades comme des corps étrangers dans l'organisme trouvent une résonance dans les représentations sociales de la santé et de la maladie. Ces deux états s'opposent dans l'imaginaire collectif (Recham, 2010). Dans la théorie exogène, la santé est perçue comme une propriété individuelle, tandis que la maladie est un objet extérieur. L'homme n'est pas

responsable de sa maladie et ne peut pas en assumer ni le poids de son déclenchement, ni les conséquences, il ne se reconnaît pas dans ce qu'on lui impose de l'extérieur. Par ailleurs, il est responsable de sa santé, car faible ou forte, elle le définit (Herzlich, 1969).

Les représentations sociales des maladies sont évolutives et celles liées par exemple au Sida se sont faites à la lumière des perspectives conservatrices et religieuses. C'est pourquoi les malades de cette pathologie étaient victimes d'un regard défavorable autant dans les milieux de santé que dans l'espace public (Labra et al. 2015). Dans nos sociétés, la santé est pour certains, le résultat d'une compétence, ou d'un mérite. Elle est la récompense d'un Etre suprême qui voit d'un bon « œil » nos pensées et nos actions, raison pour laquelle cet Etre nous bénit à travers cette santé dont il nous fait grâce. A l'inverse, la maladie grave ou chronique est la récompense des « méchants », elle est le fruit de nos rancœurs et de nos mauvais actes, illustrant une sorte de malédiction à l'œuvre chez le sujet. Le rapport du malade à sa maladie s'exprime sur le plan de l'extériorité, alors que la santé est vécue comme une intériorité, elle est la production du sujet (Recham, 2010).

Sur un autre registre, cette opposition exprime le conflit entre l'individu et la société, le premier étant assimilé à la santé tandis que la deuxième génératrice de maladie. Le sujet est passif et représente le bien, la société est agressive et reflète le mal (Ibid). Cependant, ces deux pôles, santé et maladie, apparaissent également à un autre niveau, celui de la conduite. Celle-ci unit l'individu et la société dans un rapport d'échange. Le sujet bien portant est relié à la société tandis que le malade en est exclu et déchargé de ses devoirs. La santé prend le visage du social, elle se présente comme synonyme de l'intégration, alors que la maladie est asociale à cause de l'inactivité qu'elle engendre. Si la santé est un facteur d'intégration et si la maladie minimise voire, parfois, empêche complètement la participation sociale, l'idée d'une dichotomie entre la conduite du malade et du bien portant est insoutenable. Il est question de se demander si le rapport du patient à la société se borne à l'activité. La réalité d'un bon nombre de dialysés dément cette dichotomie. L'expérience du malade chronique peut tout aussi inclure l'activité. L'activité est vécue comme une victoire sur la maladie.

Au plan psychologique, le décalage entre ce qui se vit, ses ressentis, ses interprétations, devient si grand entre qui le vit et le monde social dans lequel évolue ordinairement un malade, qu'il devient une source de difficultés nouvelles qui a des conséquences aussi néfastes sur la vie psychique (Delveaux, Razavi, 1998). Les représentations sociales de la maladie peuvent susciter le sentiment de culpabilité, l'anxiété

ou alors favoriser plutôt « le travail de la maladie », ce qui déboucherait à la création de sens (Villani et al., 2013).

2-9- LE MALAISE DE L'AMALGAME À L'HÉMODIALYSE

A la question de savoir comment un traitement peut-il être amalgamé à la maladie, nous commenceront par noter que selon le dictionnaire Larousse, amalgamer c'est mélanger, réunir des personnes ou des choses de natures différentes. En hémodialyse, le vécu de ces deux réalités ne donne pas assez de place à la distinction. Si l'annonce d'une maladie mortelle comme l'insuffisance rénale au stade chronique se présente comme un fait assez traumatique du fait qu'elle soumet le patient à une menace existentielle permanente, le traitement par hémodialyse apparaît comme une maladie supplémentaire. Ce n'est donc pas la maladie qui est stigmatisante, mais le traitement de cette maladie avec ses effets secondaires comme une seconde maladie (Soum-Pouyalet, 2007). Pour certains insuffisants rénaux chroniques, l'hémodialyse est une maladie. D'ailleurs, l'association des termes dialyse et maladie n'est pas uniquement présente dans les mots des patients, mais apparaît également dans les propos des médecins qui parlent « d'hémodialyse chronique ». Par cet intitulé, ils décrivent le caractère régulier des séances de dialyse, la lourdeur de ce traitement et ses effets secondaires.

Selon Desseix (2011), l'une des caractéristiques qui déterminent l'entrée en maladie est la rupture biographique. La mise en dialyse constitue le pilier de l'amalgame entre le traitement et la maladie. L'amalgame repose sur une perception aigüe de changements corporels qui se dessinent « pour » l'entrée en dialyse et « avec » ce traitement par dialyse. Pour les patients, c'est l'hémodialyse qui concentre leur vécu douloureux. L'hémodialyse met le patient sous le coup d'un traitement qui englobe les définitions habituellement attribuées à la maladie chronique. Comme le cancer, l'insuffisance rénale chronique n'est pas une maladie qui se voit mais, à la différence du cancer, le traitement par dialyse n'expose pas le patient à une transformation fragrante. Il y'a cependant des signes qui permettent d'amalgamer le traitement avec une maladie. L'exposition à la mort que les patients disent ressentir lors de la mise en place du traitement revêt un caractère central dans l'expérience de l'hémodialyse (Aiach et al, 1989 ; Grimaldi, 2006).

2-10- LES MECANISMES PSYCHIQUES

2-10- 1- LE FETICHISME

La question du fétichisme avait été abordée très tôt par Freud dès les *Trois essais sur la théorie de la sexualité* en 1905. Freud lie ce concept à celui de la perversion sexuelle. C'est ainsi qu'il réalise trois phases de la théorie du fétichisme. Dans la 1^{re} phase matérialisée par l'exposé sur la théorie sexuelle, le fétichisme est défini comme une perversion et située à ce titre dans la conception psychosexuelle centrée autour de la notion de libido. Dans le second temps, sous l'effet ou la réflexion sur les théories sexuelles infantiles et les phobies infantiles et la lecture clinique, apparaît la percée majeure sur la problématique du fétichisme : la référence via « le complexe de castration » à sa signification phallique et sa genèse. Dans la phase ultime, Freud, sous l'effet de la réflexion sur « l'organisation génitale infantile » et le rôle du phallus, en vient à élaborer le lien entre perversion et fétichisme ; d'où l'ultime relation du fétichisme. Le fétichisme est mentionné parmi les aberrations sexuelles étudiées dans *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Le régime originaire de la notion de fétichisme chez Freud est donc la théorie de la libido fixée en 1905. Le fétichisme est une déviation relative au but sexuel. L'objet sexuel est remplacé par un autre. Le fétichisme confère une surestimation sexuelle et est lié à une zone de fonctionnement psychique plus étendue. Il porte le reliquat de l'odorat qui échappe au refoulement.

Dans la catégorie des substituts impropres de l'objet sexuel, ce qui est visé n'est qu'indirectement l'objet sexuel. Le fétiche a un caractère discret et il est lié à des circonstances particulières de la vie du sujet. Si le désir s'accroche au voile, le fétiche devient alors le prototype de l'objet qui cause le désir. Chez Freud, le fétiche en tant qu'objet métonymique objectant au manque de pénis de la mère, vise à boucher le manque dans l'Autre et à en jouir. Le névrosé reste divisé par ce mode de jouir. Il oscille entre la réalité et son désir. Le fétiche menace de s'effondrer ou tout du moins, il dénie la castration tout autant qu'il la représente. Le fétichiste suggère une symbolisation et son absence deviendrait très angoissante.

Face à une réalité éprouvante, il est possible de réagir par la forclusion, le déni ou le refoulement. Le fétiche répond donc à une seule et même nécessité. Il est substitué au pénis de sa mère que le sujet aurait souhaité voir, et dont il a bien dû constater l'absence. Le fétichiste réagit à l'angoisse en maintenant le signe de ce qui manque. Freud nous dit qu'il dénie la réalité. La perception demeure et le sujet a entrepris une action très énergique pour

maintenir son déni. Il a conservé la croyance que la femme a un phallus mais il l'a aussi abandonnée. Le sujet se divise, à l'endroit de la réalité. Ce clivage lié au conflit entre le poids de la perception et la force du contre-désir trouve un compromis. Le sujet sait très bien que la mère n'a pas de pénis, tout en lui attribuant un phallus dans son fantasme inconscient. L'angoisse de castration que génère cet état ne peut trouver d'autres aménagements que celui de sa négation propre grâce au mécanisme de déni, certes, mais aussi à la projection sur une chose de la valeur d'intégrité narcissique à l'appareil psychique. C'est alors que le pénis qu'il n'y a pas est remplacé par une image signifiante. L'existence du fétiche répond à un triomphe sur la menace de castration. Le fétiche est donc à la limite animé parce qu'il contient de la projection de l'intégrité narcissique dont il est porteur et désanimé du fait même que cette intégrité narcissique est dévolue à une chose (Kestemberg, 1978).

Dans une situation de conflit avec l'objet, le moi cherche une solution qui va garantir son intégrité : c'est le fétiche. Le fétiche n'est donc qu'un cas particulier, mais très éclairant. Il est le voile qui camoufle que derrière lui l'objet est toujours indexé au manque. Et finalement, tout système imaginaire et symbolique participe de cette opération de voile du réel. Le réel est un trou devant lequel nous mettons image et signifiant pour parer à l'angoisse. Le fétichiste ne peut aimer que par l'intermédiaire de son fétiche. C'est l'attribut érotique indispensable dans la vie du sujet. Le fétiche est une « condition d'amour » pour le fétichiste (Freud, 1927).

2-10- 2- LA PERSONNALISATION

Selon Konichekis (2013), la création d'image de soi correspond à un besoin intrinsèque à la nature humaine. Il ne s'agit pas seulement d'une dissimulation propre au travail du rêve, ni encore moins un trait de psychopathologie, mais l'expression d'une nécessité consubstantielle au psychisme. Cette création d'image de soi peut avoir différentes fonctions. Les aspects constitutifs de ce processus risquent néanmoins d'égarer le sentiment d'identité personnelle et de trouver donc à l'origine des phénomènes de dépersonnalisation.

Pour Winnicott, la personnalisation est un processus décrit pour rendre compte de la face positive de la dépersonnalisation. En s'inspirant de la projection du rêveur dans les différents personnages du rêve, Klein (1974) décèle le processus de personnification chez les enfants qui inventent des personnages, des scénarios et des rôles en relation avec leur monde interne. L'enfant se détache, se dédouble de lui-même et un lien se crée entre expérience

subjective et la représentation qu'il peut se donner. Klein repère alors dans les jeux de l'enfant, l'apparition d'êtres tyranniques, mis en dehors pour préserver le monde interne, ou au contraire des êtres secourables qui modifient les éprouvés de la souffrance interne.

Pour présenter la face positive de la dépersonnalisation, Winnicott (1971) propose de se référer au processus de la personnalisation qui assure l'indispensable établissement des liens entre psyché et le corps. La personnalisation permet de ressentir les expériences pulsionnelles comme faisant partie de la personne propre et non pas de son environnement. Elle rend possible le rapport au corps et à ses fonctions d'héberger la psyché. Si la personnification concerne davantage le rapport à la représentation, la personnalisation réfère plutôt à des modalités corporelles du psychisme. Le processus de personnalisation favorise la formation de la subjectivité à partir de ce sujet naissant. La personnalisation suppose la création d'un environnement corporel où l'expérience pulsionnelle peut avoir lieu. Celle-ci réalise, s'intègre, s'incarne ; le sens, le sensoriel, rendant possible le déploiement de sens significatifs.

2-10-3 LA CROYANCE AUX FAITS RELIGIEUX

Les liens entre religiosité et le domaine de la santé ne sont pas nouveaux. Selon l'article de Bailly Nicolas et al. (2011), les premières formes de religion, comme le chamanisme ont proposé des cures thérapeutiques aux malades (Perin, 1995). De nos jours, les croyances magico-religieuses, issues, par partie, des religions païennes, offrent toute une panoplie de guérisons, par l'intermédiaire du guérisseur traditionnel de nos campagnes (Camus, 1999). Si les Dieux de l'antiquité occupaient une place de choix dans la santé, on constate que les religions de l'ensemble des continents ont toujours entretenu un lien plus ou moins tenu entre religiosité et la maladie, entre la pureté et l'impureté. L'histoire abonde de guérisons miraculeuses. Des groupes religieux centrent même leur préoccupation autour du traitement spirituel de la maladie ; on parle alors d'église de guérison, où il est question de thérapie religieuse. La religion permet aux sujets d'oublier momentanément leur souci par dissuasion ou suggestion. Elle lutte contre l'angoisse et replace le sujet dans le discours de la vie quoique face à des situations éprouvantes. C'est elle qui apaise les esprits emprunts au désespoir. La religion enseigne le culte du salut dans ses conditionnalités. Elle promet des miracles, des situations salvatrices, elle évacue l'idée de l'impossibilité.

Si la psychanalyse et la psychiatrie ont rapidement investi ces différents objets d'étude, notamment au travers des différentes pathologies associées aux faits religieux, tel que

les délires mystiques, ce n'est que récemment que la psychologie s'est intéressée aux différents liens possibles entre santé, au sens plus large et les pratiques religieuses. Les évolutions théoriques, méthodologiques et statistiques ont permis une accumulation de résultats qui permettent maintenant de faire un état des lieux, scientifiquement solide et parfois surprenant. Un numéro spécial récent de la revue *La santé de l'homme* (2010) aborde sans détours cette question. Quel lien entre religieux et santé ? Ces liens sont nombreux. Sans proposer une analyse complète de l'ensemble des productions scientifiques sur le sujet, un certain nombre de résultats méritent d'être mentionnés parmi lesquels, les plus surprenants. On constate que les personnes qui ont des croyances religieuses présentent un temps de vie plus élevé (Bailly et all., 2009). Les personnes religieuses âgées ont une meilleure fonction endocrinienne (Levin, 1996), une pression artérielle satisfaisante (Koenig et all, 1998), moins de maladie cardiaque (Yaari et all., 1993), moins d'attaques cérébrales (Colantonio, 1992). L'une des explications possibles sur les liens entre santé et religiosité tiendrait au fait que les personnes religieuses ont moins de comportements à risque pour leur santé (Benjamin et all, 2004).

2-10-3- L'AUTOEFFICACITE

Ce modèle est basé sur la croyance selon laquelle nous pouvons provoquer des changements grâce à nos efforts personnels. Notre façon de percevoir nos propres capacités pour faire face aux événements et les maîtriser est considérée comme ayant une influence sur notre manière de réagir face à la maladie. Selon Bandura (1989), les jugements d'autoefficacité se construisent à partir de quatre sources : les expériences actives de maîtrise, les expériences vicariantes, la persuasion verbale et les états physiologiques émotionnels. Les expériences actives de maîtrise servent d'indicateur de capacité puisqu'il s'agit des situations qu'on a soit même vécues et sont la première source de perception d'efficacité. Les succès construisent une solide croyance d'efficacité personnelle. Il soutient que les succès et les échecs entraînent respectivement une augmentation ou une diminution de sa propre efficacité. Les croyances à l'autoefficacité aident les individus à déterminer le choix de leurs activités et les moyens à mettre ainsi que l'effort, la persistance, la configuration cognitive et les réactions émotionnelles lorsqu'ils sont confrontés à des obstacles Karré (2004).

L'expérience vicariante agit par la comparaison avec la mise en œuvre par autrui et modifie les croyances d'efficacité par la transmission des compétences et la comparaison avec

ce que font les autres faits référant à l'habileté des individus à apprendre à partir des situations persuadées verbalement par les autres de posséder réellement les aptitudes et les capacités d'accomplir la tâche qu'ils envisagent. Les individus se réfèrent de temps en temps à leur état d'âme, humeur et aux réactions émotionnelles pour porter un jugement sur leur capacité. Ils les évaluent en se basant partiellement sur l'information somatique transmise par l'état physiologique et émotionnel, ils servent à l'autoévaluation de ses capacités en situation (Bandura 1997 ; 2003).

Parmi les éléments qui jouent dans ce mécanisme, deux sont importants par rapport au problème de la maladie : le premier est lié à nos expériences passées et à la façon dont elles développent ou non la croyance en notre propre capacité ; le second considère le fait d'avoir surmonté une épreuve comme un facteur de renforcement du sentiment que l'on est en mesure de se battre et de surmonter les événements difficiles.

Le sentiment d'auto-efficacité se compose de trois dimensions que sont la magnitude, la force (ou résistance) et la généralité auxquelles s'ajoute la dimension temporelle. La magnitude concerne le niveau de difficulté d'un comportement ; ainsi les sentiments d'auto-efficacité peuvent-ils s'arrêter aux comportements les plus simples, ou s'étendre aux plus complexes. La magnitude reflète donc un aspect de l'intensité du sentiment d'auto-efficacité. La force (ou résistance) est la capacité à maintenir le sentiment d'auto-efficacité malgré les échecs ou les difficultés rencontrées. La généralité du sentiment d'efficacité est sa possibilité de s'étendre à tous les aspects du comportement.

2-10- 4- L'INTELLECTUALISATION

Selon le dictionnaire de psychanalyse Laplanche et Pontalis, (1971), l'intellectualisation est le processus par lequel le sujet cherche à donner une formulation discursive à ses conflits et à ses émotions de façon à les maîtriser. Selon le DSM IV, l'intellectualisation est une réponse aux conflits et au stress en s'adonnant à un usage excessif de pensées abstraites ou de généralisations pour contrôler ou minimiser des sentiments perturbants. Elle permet de maîtriser les affects en évitant au sujet de se confronter à son implication personnelle dans une situation conflictuelle. Les généralisations servent à banaliser en se référant à l'expérience collective. L'abstraction permet de s'évader d'une réalité pénible en privilégiant le monde des idées et du raisonnement logique.

2-10-5- L'INCORPORATION DE LA MALADIE ET DU CONTEXTE DES SOINS

C'est en élaborant la notion du stade oral que Freud (1915) introduit le terme d'incorporation. Il introduit le terme d'incorporation qui met l'accent sur la relation à l'objet notamment lors de son édition *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. En psychanalyse, l'incorporation est le processus par lequel le sujet, sur un mode plus ou moins fantasmatique, fait pénétrer un objet à l'intérieur de son corps. L'incorporation constitue le but pulsionnel et un mode de relation d'objet caractéristique du stade oral. Elle constitue le processus corporel de l'introjection et de l'identification (Laplanche & Pontalis, 1967). L'incorporation c'est le fait de posséder, d'avoir, de fusionner avec l'objet. Elle permet des changements positifs ou négatifs dans les émotions et l'expérience vécue. Pour Freud (1927), le travail de deuil implique au moins de façon passagère, une incorporation de l'objet perdu. Ce mouvement permet au sujet de ne pas renoncer à l'objet et de le retrouver en lui.

Le processus d'introjection s'oppose à celui d'incorporation, qui pourrait être considérée comme le prototype corporel de l'introjection, quand par exemple l'enfant découvre son environnement par le toucher et la bouche. Klein (1932) annonce que l'incorporation renvoie à un fantasme oral, voire cannibalique. Elle est statique là où l'introjection est dynamique. Si l'introjection suppose un phénomène de croissance, l'incorporation s'inscrit davantage dans la compensation. Elle a lieu lors d'un défaut d'introjection. Ces deux processus révèlent deux manières de garder en soi une part de l'objet perdu. Ainsi, le couple incorporation-introjection peut s'inscrire dans les fonctions pathologiques, défensives que constructives. Pendant que l'incorporation est imaginaire et hors langage, l'introjection est symbolique et verbalisable (Barthélemy, 2014). L'incorporation possède tous les caractères externes d'un objet freudien, puisqu'en le considérant comme une identification, elle met du non-moi dans le moi. L'incorporation met en partage avec tous les autres modes de défenses, celui de métaboliser l'affect (Ionescu, 2003).

2-10-6- PROJECTION AU MIRACLE SCIENTIFIQUE

Le terme projection a aujourd'hui un usage très étendu aussi bien en psychologie qu'en psychanalyse. Plus particulièrement en psychologie, la projection peut connoter les processus où le sujet perçoit le milieu ambiant et y répond en fonction de ses propres intérêts, habitudes, aptitudes, attentes, états affectifs durables ou momentanés, désirs, etc. (Laplanche

et Pontalis, 1967). Une certaine corrélation peut être mise en exergue entre les acquisitions de la biologie et de la psychologie moderne, notamment sous l'impulsion de la psychologie de la forme. Cette corrélation se vérifie à tous les niveaux de la conduite. Par exemple, un animal découpe dans le champ perceptif certains stimuli privilégiés qui orientent tout son comportement. Plus profondément, des traits ou structures essentiels de la personnalité peuvent apparaître dans le comportement manifeste. C'est ce qui est au principe des techniques projectives. Tout comme ce concept s'illustre dans le fait que le sujet montre par son attitude qu'il assimile telle personne à telle autre ; on dit alors par exemple qu'il « projette » l'image de son père sur son patron. On désigne donc par-là, de façon peu appropriée, un phénomène que la psychanalyse a découvert sous le nom de transfert. Le sujet peut aussi s'assimiler à des personnes étrangères ou inversement, assimiler à lui-même des personnes, des êtres animés ou inanimés. Un tel processus serait plutôt à ranger dans le champ de ce que les psychanalystes nomment l'identification.

En dernier ressort, une appréhension qui nous intéresse davantage, c'est-à-dire le sujet attribue à autrui les tendances, les désirs, etc., qu'il méconnaît en lui. Par exemple, le patient pourrait ranger sa survie à un passé lointain qui correspond à la découverte d'un remède qui pallierait définitivement au dysfonctionnement de son rein pour se soustraire de la menace actuelle. Ce sens paraît le plus proche de ce que Freud a décrit sous le nom de projection. Freud a évoqué la projection pour rendre compte des différentes manifestations de la psychologie normale et pathologique. Au bout du compte, même si Freud rencontre la projection dans des domaines divers, il donne cependant un sens assez étroit.

La projection psychologique est un mécanisme de défense inconscient qui se produit lorsqu'un conflit survient entre nos sentiments inconscients, nos croyances limitantes ou nos valeurs morales. Afin de maîtriser ce conflit, on attribue ces sentiments, responsabilités et fautes à quelqu'un ou à quelque chose d'autre. En d'autres termes, on transfère la propriété de ces sentiments troublants à une source extérieure. Cette approche en psychanalyse provient originellement d'une théorie de Freud. C'est un moyen pour nos esprits de traiter les aspects de notre caractère que nous considérons comme problématique, indésirable ou inacceptable. Plutôt que d'admettre notre faille ou nos faiblesses, nous trouvons un moyen de les attribuer à une situation externe à nous ou à d'autres personnes. En projetant des failles et ces émotions, nous pouvons éviter d'avoir à les identifier consciemment, à prendre position, à y faire face et à travailler sur notre développement personnel.

2-10- 7- L'IDENTIFICATION

Selon le dictionnaire de psychanalyse Laplanche et Pontalis, (1971), l'identification est un processus psychologique par lequel le sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement sur le modèle de celui-ci. S'identifier à autrui c'est se rendre semblable à lui par un trait singulier ou par un ensemble de signes communs. En explorant les processus d'identification, Widlöcher (1970), réalise que l'identification se produit à des conduites concrètes. Dans la pratique de la cure psychanalytique, l'élucidation des identifications s'est avérée un temps nécessaire d'un point de vue théorique et général. Les psychanalystes avaient montré quel rôle jouent les identifications non seulement dans la formation du caractère et celle des symptômes, mais surtout dans la régulation interne des conduites et des affects dans l'organisation de la personnalité.

Dans psychologie des foules et analyse du moi, Freud (1921) précise que l'identification est connue en psychanalyse pour être la plus précoce expression d'un lien sentimental avec une autre personne. C'est dire que l'identification se fait avec l'être aimé mais qui est aussi détesté. L'identification constituerait la forme la plus précoce et la plus originelle du lien affectif. Toute identification est un rejeton du premier stade oral, de 'l'organisation de la libido, un stade durant lequel on incorporait l'objet désiré et apprécié en le mangeant et de ce fait, on l'anéantissait en tant qu'objet. L'identification est donc l'un des effets de cette forme d'amour qui répond à des fantasmes d'incorporation orale. Dans l'identification amoureuse, le sujet adopte les traits qui appartiennent à l'objet aimé. Au cours de l'état amoureux, deux modes de relation peuvent coexister : la relation avec l'objet, proprement dit et l'identification. Aimer c'est désirer posséder l'objet, c'est aussi devenir comme lui, le porter en soi en étant le même.

Selon Freud cité par Florence (1984), en explorant l'identification dans la théorie freudienne, on aime selon deux types de choix d'objet sexuel : le type narcissique et le type par étayage. Freud avait développé plusieurs types d'identification parmi lesquelles l'identification narcissique. Si l'identification narcissique avec l'objet devient le substitut de l'investissement d'amour, c'est que l'objet était originellement un double narcissique du moi. L'identification narcissique avec l'objet devient le substitut d'investissement d'amour, ce qui a pour conséquence que malgré le conflit avec la personne aimée, la relation avec l'objet n'a pas à être abandonnée. L'idée de l'identification est le stade préliminaire du choix d'objet et

la première manière, ambivalente de son expression, selon laquelle le moi élit son objet. Il voudrait s'incorporer cet objet et cela conformément à la phase orale ou cannibalique de la libido, par le moyen de la dévoration. Elle apparaît comme une reproduction d'une relation autoérotique où le sujet et objet de la pulsion se confondent.

2-10- 8- LA VIGILANCE

En psychologie, la vigilance est une forme de l'attention d'un individu en train d'accomplir une tâche particulière. Son attention prend un aspect d'intensité pour solliciter l'ensemble de ses capacités de perception et les concentrer sur le déroulement de la tâche. La vigilance qui se déploie spontanément est un bon indice de motivation dans beaucoup de situation. Selon le dictionnaire de psychologie Norbert Simaly, la vigilance est la conscience du sujet éveillé. Il existe différents degrés de vigilance, depuis l'attention flottante de l'homme détendu jusqu'à l'attention concentrée du chercheur en plein effort intellectuel. A chaque niveau correspondent des caractéristiques neurophysiologiques particulières, mises en évidence par l'électroencéphalographie. Les psycho-physiologistes ont montré que le niveau de vigilance dépend principalement d'une formation nerveuse qui parcourt tous les paliers encéphaliques, de la région bulbaire au diencéphale ; toute situation de la formation réticulée accroît le degré de vigilance. Celle-ci s'abaisse au moment de l'endormissement et pendant le sommeil et s'élève pendant la veille. Plus le niveau de vigilance est élevé, plus le sujet est capable de réagir de façon adéquate aux situations complexes au contraire, lorsqu'il est bas, seuls les réponses les plus élémentaires peuvent être fournies.

2-11- L'IMAGE DU CORPS

Avant de développer ce concept central de notre étude, il serait judicieux de dégager le sens des termes qui le composent.

➤ Image

Le terme « image » renvoie au modèle interne correct et abstrait des objets auxquels elle se rapporte et non à leur version mentale, l'image en tant que simple perception, le reflet interne d'une réalité externe, copie conforme dans l'esprit de ce qui se trouve hors de l'esprit. Elle est donc la reproduction passive d'une donnée immédiate (Sperando, 1983, p.67).

➤ De l'objet corps

L'existence d'un individu ne peut se vivre que si elle s'incarne dans un corps qui est vecteur des rapports au monde. Le corps est le primat de l'être et le moyen de vivre, le vecteur de nos relations. Il porte en lui et sur lui, les traces de notre histoire. Il est la face visible de ce que nous sommes, la représentation de ce que nous voulons laisser voir. Il est le lieu de la mise en scène de notre être (Bissouma Anna, 2015). Le corps c'est l'«être-au-monde» selon une pensée largement répandue. Il est aussi l'effet d'une construction sociale. Selon Breton (2008 ; p.17-18) il est construction symbolique et souche identitaire de l'homme, le lieu et le temps où le monde prend chair à travers un visage singulier.

▪ Le corps en médecine/chirurgie

Dans sa rencontre avec la chirurgie, le corps, fait de matières organiques, se transforme en une machine raccordée, intubée, rafistolée, manipulé, trituré jusqu'à sa remise en route. **Plus la médecine se spécialise, plus elle s'éloigne de l'individu et donc du corps** (Sicard, 2007). Tout ceci advient dans un environnement aussi bien matériel, humain ou environnement fragilisé par toute la psychopathologie. Le verso du corps en chirurgie/médecine, c'est le corps tel qu'il est vu en psychologie. Le terme « corps » en médecine est employé dans le sens corps anatomique et physiologique, le malade évoque son corps à propos d'un symptôme ressenti en un point plus ou moins localisé, dû au mauvais fonctionnement d'un organe dans son corps. Il s'en suit un examen clinique fait par le médecin. Le malade exprime une plainte portant non plus sur un appareil de son corps mais sur une altération plus générale de la conscience qu'il a de son corps (P. Bernard, 1977, p.151).

▪ Le corps en psychologie et en psychanalyse

Le corps tel qu'il est perçu en psychologie et en psychanalyse est au-delà du somatique, de l'amas de chair et il s'aborde sous différentes facettes comme l'ont souligné bon nombre d'auteurs (Bernard, 1976 ; Broyer et Dumet, 2002 ; Brun et Bernard, 2003 ; Giromini, 2003 ; Schilder, 1980 ; Morin, 2013). S'il n'existe aucun travail spécifique de Freud sur la question du corps (aucun ouvrage ou écrit intitulé « le corps ») et qu'il n'a jamais travaillé les images du corps comme le note Nasio (2008), le « Corps » a traversé toute son œuvre comme une trame de fond, comme un socle. Ce manque sera par la suite comblé, au fil des ans, par ses successeurs. C'est donc en étayage sur le corps, et le corps libidinal notamment, que toute la théorie freudienne a été pensée. Le corps est donc l'élément central des travaux freudiens de

la théorie de l'étayage à celle de la relation d'objet en passant par toute la question du narcissisme (Houzel, 19997). De là, le corps traverse toute la psychanalyse : corps animé de pulsions (de vie et de mort) et il porte deux visages : celui de la vie qu'il exalte et celui de la mort comme inéluctable finitude de l'être. Il est source et objet de jouissance. Le corps est le support du fonctionnement mental (Freud). Ce corps qui intéresse la psychanalyse n'est pas notre organisme, corps ausculté et soigné par la médecine. Non, ce corps qui nous intéresse qui est notre corps vivant, certes, mais tel que nous l'aimons ou le rejetons, tel qu'il est inscrit dans notre histoire et tel qu'il est impliqué dans l'échange affectif, sensuel et inconscient avec nos partenaires privilégiés.

Le corps est donc, d'un point de vue psychique, celui qui se laisse voir dans le discours, dans les relations interpersonnelles, dans l'imaginaire, c'est le corps psychique différent du soma.

D'autres types de corps existent tel que développés par les auteurs (Allemany, et al., 2007 ; Bernard, 1976 ; Broyer et Dunet, 2002, Gatecel, 2013 ; Nasio, 2008). Il s'agit du corps réel, du corps symbolique et du corps imaginaire ; on parlera donc du corps des Corps.

Le concept de l'image du corps quant à lui est issu de la psychologie clinique, plus précisément en psychanalyse. C'est une notion postfreudienne, même si Freud avait déjà posé les fondements entre le schéma corporel et le psychisme. L'image du corps recouvre les données imaginaires, symboliques, l'influence de vie affective ou émotionnelle majeure.

Schilder (1950) fut le premier à donner une théorisation de l'image du corps. En effet, il s'appuie sur les travaux des neurologues tels que Bonnier et Head (1911) et partage son intuition selon laquelle il existerait un système de prise d'informations sensorielles au sein de l'appareil neurophysiologique. Il emploie la terminologie d'image du corps, qu'il va assimiler à celle de schéma corporel : « Le schéma corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même et ce, grâce à la coordination des différentes parties de son corps. Nous pouvons ainsi l'appeler « image du corps », terme bien fait pour montrer qu'il y a ici autre chose que la sensation pure et simple, et autre chose qu'imagination » (Schilder, 1950 cité par Pireyre, 2011, p. 32). Il va aussi apparenter l'image du corps à un modèle postural en constante transformation et en continuelle élaboration à partir des changements de position du corps dans l'espace et des autres perceptions. De plus, selon lui, l'image du corps se construit dans la relation à l'autre, il lui confère donc une importance intersubjective. C'est pour cela que le sujet serait incapable de se construire une image du corps s'il n'avait pas de contacts sociaux.

Pour Schilder, le schéma corporel est formé à partir d'indices moteurs. Il défend l'idée que le schéma corporel est un schéma standard de notre corps, chaque nouvelle posture correspondant à un mouvement qui vient se greffer sur ce modèle de référence. C'est dire que le schéma corporel correspond à l'image neurologique du corps. Ainsi, le schéma corporel est l'enveloppe externe, c'est la partie visible de l'individu dans le miroir. C'est une représentation mentale que l'individu se fait de son corps, de son physique. Pour lui, le schéma corporel est une représentation plus ou moins constante que l'individu a de son propre corps et qui lui sert de repère pour se situer et se déplacer dans l'espace. Il joue un rôle dans la maîtrise ou le contrôle de la posture, de l'équilibre et du mouvement. C'est une réalité de fait, c'est notre vivre charnel au contact du monde physique. Il est le représentant de l'espèce et il est le même pour tous les individus du même âge.

Dans la perspective neuropsychologique, le schéma corporel se construit avec l'expérience motrice et inscrit la permanence spatiale du corps. Il est lié au ressenti musculaire et coenesthésique.

Le schéma corporel est inconscient, préconscient, conscient et évolutif dans le temps et l'espace. Il est dynamique et indéfiniment plastique (Bernard, 1976 ; Burnel et Bernard, 2003, Morin Thibierge et Derouesné, 2013 ; Schilder, 1985).

Selon Bruchon-Schweizer (1990), l'image du corps peut être perçue comme l'ensemble des sentiments, attitudes, souvenirs et expériences, qu'un individu a accumulés à propos de son corps et qui se sont plus ou moins intégrés dans une perception globale. Cette image est constituée de perceptions et représentations qui nous servent à évoquer et évaluer notre corps, non seulement en tant qu'objet doué de certaines propriétés physiques (taille, poids, couleur, forme), mais aussi comme sujet ou partie de nous-même, chargée d'affects multiples et parfois contradictoires. L'image du corps peut être appréhendée comme un construit multidimensionnelle qui inclut des composantes perceptuelles, attitudinales mais aussi affectives. Elle est le résultat d'une activité psychique des individus, face à des déterminants biologiques (le corps réel) ou sociaux (le corps perçu par autrui) ; elle a une fonction protectrice, stabilisatrice et donc adaptative. Cette image est évolutive et change avec l'âge. Elle se constitue dès la première enfance et se trouve au fondement de l'identité (Erikson, 1968, Levine, Smolak, 2002). Plusieurs notions comme l'idéal du corps, le corps perçu, satisfaction/insatisfaction corporelle se trouvent au cœur de ce concept et de son évaluation.

Dolto (1984) à la suite de Schilder précise la notion d'image du corps en parlant d'image inconsciente du corps. Elle distingue le schéma corporel qui est le même pour tous les êtres humains, de l'image du corps qui est inconsciente et est constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image érogène où s'exprime la tension des pulsions. Le schéma corporel est réel et indépendant du langage. Elle est la mémoire ineffaçable des sensations les plus prégnantes de notre enfance et la trace structurale de l'histoire émotionnelle d'un être humain (Arbisio-Le sourd, 2007 ; Dolto, 1984 ; Gatecel, 2013 ; Nasio, 2008). En effet, l'image du corps est évolutive dans le temps et dans l'espace et se structure par l'apprentissage et l'expérience. Le schéma corporel et l'image du corps se combinent pour donner la représentation de soi qui est plus globale, la façon dont un sujet se conçoit et comment il est reçu par autrui. C'est une image au carrefour des perceptions et fantasmes produits par les effets de notre soi sur autrui. La représentation de soi est plus ou moins fragile selon l'histoire de chacun et la moindre perturbation peut chez certains, peut être synonyme d'un grand bouleversement (Pucheu, 2015).

2-11-1- La dimension structurelle et développementale de l'image du corps

L'entité image du corps serait la synthèse de trois composantes :

- **L'image de base :** est « ce qui permet à l'enfant de se ressentir dans une « mêmeté », c'est-à-dire dans une continuité spatio-temporelle qui demeure et s'étoffe depuis sa naissance [...], c'est comme cela que je définis le narcissisme, comme la mêmeté d'être connue et reconnue, allant devenant pour chacun dans le génie de son sexe » (Dolto, 1984, p.50).
- **L'image fonctionnelle :** est « sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir [...], c'est grâce à l'image fonctionnelle que les pulsions de vie peuvent, après s'être subjectivées dans le désir, viser à se manifester pour obtenir le plaisir, s'objectiver dans la relation au monde et à autrui » (Ibid).
- **L'image érogène :** « pour seulement la présenter, je dirai qu'elle est associée à telle image fonctionnelle du corps, le lieu où se focalisent plaisir érotique dans la relation à l'autre. Sa représentation est référée à des cercles, ovales, concaves, boules, palpes, traits et trous, images douées d'intentions émissives, actives ou réceptives passives, à but agréable ou désagréable » (Dolto, 1984, p.57).
- **L'image dynamique :** exprime en chacun de nous l'état, appelant l'advenir, le sujet en droit de désirer, j'aimerais dire en « désirance ».

2-11-2- L'évolution de l'image du corps

2.-11-2-1- La première phase (orale)

C'est la phase orale que Freud qualifie de cannibalisme, le but sexuel réside dans « l'incorporation de l'objet prototype en ce qui jouera plus tard en tant qu'identification, un rôle psychique si important », le suçotement est un reliquat de cette phase fictive d'organisation qui nous est imposée pour la pathologie. C'est une fiction nécessaire qu'impose la pratique de l'analyse, ce statut ne lui aucune présentation à la vérité, mais elle est une reconstitution après-coup de l'effectuation de l'histoire de l'objet imaginaire du réel de l'objet (Vanier, 2005, p.82).

- **Le stade oral** : Selon Braconnier-Stade, l'oral primitif (suction), premier semestre de vie, la bouche est foyer d'un mode d'approche dominant mais non exclusif de l'incorporation
- **Le stade tardif** : seconde l'incorporation par morsure, se substitue à la suction (Braconnier, 2006)

2-11-2-2 La deuxième phase

Elle succède à la première et elle est nommée la phase sadique-anale, c'est le temps de l'opposition entre actif et passif (Vanier, 2005, p.83).

- **Le stade sadique anal** : selon Braconnier, s'étend sur la deuxième et troisième année, les tensions se déchargent principalement sur la défécation. La satisfaction libidinale est liée à l'évacuation et à l'excitation de la muqueuse anale (Braconnier, 2006).

2-11-2-3 Le stade phallique

C'est au complexe d'œdipe situé entre trois et cinq ans que les organes génitaux deviennent zone érogène dominante, les tensions se déchargent principalement :

- Chez le garçon, le complexe d'œdipe positif consiste dans le fait qu'intensifiant son amour pour sa mère, il ressent un conflit entre son amour pour son père et sa haine contre sa mère.
- Chez la fille, l'évolution plus complexe vers le père est préparée par les déceptions dans la relation avec la mère, principalement l'absence de pénis.

2-11-3- L'image du corps et le destin (castration symboligène)

Nous revenons ici sur la dimension relationnelle de l'élaboration de l'image du corps. Cette élaboration prend appui sur les dires de l'autre et plus particulièrement sur celui de la mère auquel l'enfant est charnellement attaché. Porteurs de sens, d'avis, de jugements, d'encouragements, les dires limitent, infirment, promeuvent. La parole de la mère médiatise l'absence de l'objet ou la non-satisfaction d'une demande de plaisir. De cela, résultera l'image inconsciente du corps. La parole est l'organisateur qui permet le croisement du schéma corporel et l'image du corps. L'image de soi est unie par la relation symbiotique continue pour que le nourrisson puisse vivre de façon non morcelant les perceptions rencontrées. En psychanalyse, les castrations renvoient aux épreuves auxquelles se heurte le désir comme interdit radical.

2-11-4- Maturation de l'image du corps

Elle se fait grâce aux castrations successives :

- **La castration ombilicale** : (fin de la vie fœtale et naissance) qui permet le fondement du narcissisme primordial.
- **La castration orale** : (sevrage ou interdit de téter) est la possibilité d'accéder au langage, le fruit de la castration orale qui permet l'accès aux interdits de nuire à soi et aux autres, accès à l'autonomie et à la socialisation.
- **La castration génitale primaire** : elle entraîne la différence des sexes
- **La castration génitale œdipienne** : qui pose l'interdit de l'inceste pour synthétiser la pensée de Dolto en une phrase, nous dirons que la parole et le processus de castration sont déterminants dans la construction symbolique du corps.

2-11-5- L'approche psychanalytique de l'image du corps

Plusieurs psychanalystes se sont intéressés sur la question à l'image du corps et pour cela, ils ont effectué beaucoup de travaux concernant le thème à l'instar de Freud, Didier Anzieu, Schilder, Lacan, Meloupou, Chabert, Nasio et Sanglade.

S. Freud met en évidence la peau comme zone érogène. « Dans le Plaisir de regarder et s'exhiber, l'œil correspond à une zone érogène, tandis que dans le cas composant la pulsion sexuelle comme la douleur et la cruauté, c'est la peau qui tient ce rôle, la peau qui, à certains endroits s'est différenciée en organe de sens et s'est transformée en muqueuse, autrement dit la zone érogène par excellence » (Freud, 1905, p.85).

D. Anzieu en 1985, définit le moi-peau comme une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme un moi à partir de son expérience sensorielle à la surface du corps.

P. Schilder introduit le terme d'image du corps. Il insiste sur l'existence d'une image optique et non pas posturale du corps, image à laquelle la perception est rapportée. Pour lui, l'image du corps humain c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même. Schilder a popularisé la notion d'image du corps. Il envisage la notion d'image du corps selon trois aspects : un premier aspect physiologique, un aspect libidinal, un aspect social (A. Bioy et all, 2002).

Jacques Lacan a parlé de stade du miroir qui est pour lui une identification primordiale dans le sens où il s'agit finalement d'acquérir une identité par la perception d'une image totale de son corps (Braconnier, 2006, p.70).

Selon Meloupou l'image du corps est une construction psychique qu'une personne se fait de son propre corps en s'appuyant sur les facteurs à la fois psychologique et sociaux, notamment l'histoire du sujet et les valeurs esthétiques véhiculées dans la société. Il s'agit de la façon dont le sujet se perçoit lui-même et comment il se pense perçu par les autres, ce qu'on appelle « image de soi » Meloupou (2013, p.208).

C. Chabert dans son ouvrage « la psychopathologie à l'épreuve du Rorschach », a montré que dans le corps de la pulsion D. Anzieu définit les conditions requises pour que la pulsion soit représentable. Avec Freud, il insiste sur la source corporelle de la pulsion, liée en particulier aux expériences sensorielles et sensori-motrices précoces et sur son devenir imaginaire : l'appareil psychique se représente ses pulsions par des figurations corporelles qui traduisent l'expérience de l'excitation corporelle (Chabert, 1989, p.221).

Selon A. Weil et all, l'image du corps résulte de l'histoire du sujet. C'est la synthèse vivante des expériences émotionnelles personnelles. Croisée avec le schéma corporel, l'image du corps exprimée par des mots, permet d'entrer en communication avec autrui (Barais ; Cupa 2008).

2-11-6- L'image du corps et maladie chronique

Une recherche française effectuée par Estelle Automne en 2006 a montré que la maladie oblige le sujet à prendre conscience de son corps. Conscience qui ne surgit que

lorsque le silence des organes est rompu. De même, notons que l'expérience de la douleur permet aux barrières corporelles et psychiques de s'instaurer.

Freud dans *Introduction au narcissisme en 1914*, souligne que la maladie organique est une voie permettant d'aborder le narcissisme. En effet, l'apparition d'une maladie organique, qui plus l'est lorsqu'il s'agit d'une maladie grave, modifie la répartition de la libido en obligeant le sujet malade à désinvestir le monde objectale pour reporter sa libido sur le corps.

Les symptômes de la maladie sont tributaires de leur étiologie et leur déchiffrement dépend d'un savoir. Ils rejoignent l'opacité du corps, et par l'impuissance qu'ils rendent manifestes, lui donne paradoxalement une extériorité d'objet. Seule la douleur garde son inéluctable présence dans le repli narcissique de l'objet (Laplanche & Pontalis, 1971, 18).

2-12- APPROCHE THEORIQUE DU TRAUMATISME

2-12-1- Le Traumatisme selon Freud

De manière générale, « le terme de traumatisme est employé lorsque l'on cherche à désigner l'impact psychique d'un événement (séparation, un accident, une maladie, un deuil etc.) qui a marqué douloureusement l'existence d'une personne ». Cependant, malgré ces conjonctures psychiques, il convient de se rappeler que le traumatisme n'existe pas « *en soi* ». « La notion de traumatisme lié à une conception économique a été longuement étudiée par Freud, et l'élaboration théorique qu'il en a tirée a permis d'approfondir la théorie des pulsions de vie et des pulsions du Moi » (Donabédian, 2015, p. 15). Ainsi, l'afflux d'excitations externes mais aussi internes met à rude épreuve les capacités psychiques du Moi à le maîtriser et à trouver une issue psychique. La difficulté de liaison et d'élaboration mentale de l'élément traumatique, qui est fixé selon Freud constitue une des caractéristiques de la névrose traumatique (Freud, 1920).

Chez Freud, trois grands moments d'élaboration peuvent être dégagés. De 1895 à 1920, Freud rapporte l'étiologie des névroses des patients à leurs expériences passées. Dans ce premier temps, c'est le traumatisme qui qualifie l'événement personnel du sujet : cet événement externe, inscrit dans la réalité (une séduction d'ordre sexuel), devient subjectivement fondamental en raison des affects pénibles qu'il déclenche. Après l'abandon de sa *neurotica* en 1897, Freud conçoit que, le traumatisme, s'il reste de l'ordre de la séduction et du sexuel, est essentiellement lié au fantasme inconscient (Bokanowski, 2015).

Ainsi, il ressort que pour Freud, le traumatisme relèverait de l'après-coup. Freud va envisager tous les traumatismes et conflits psychiques en référence aux fantasmes inconscients, ainsi qu'aux fantasmes originaires (séduction, castration et scène primitive), comme aux angoisses afférentes qui tissent la réalité psychique interne permettant d'asseoir les schèmes de l'organisation œdipienne (tant positive que négative), ceci en articulation avec le narcissisme, l'homosexualité et l'identification. Dans cette même période est aussi discutée, notamment à propos de « *l'homme aux loups* », la question du poids de la réalité au regard du fantasme inconscient comme facteur traumatique.

A partir de 1920, Freud envisage le traumatisme comme directement lié aux apories économiques de l'appareil psychique : contrairement à l'excès de séduction interne et externe qui caractérisait la période précédente, le traumatisme est dorénavant lié à un défaut du pare-excitation. Pour lui, l'angoisse de castration, angoisse signal à visée protectrice, est remplacée dans ce nouveau paradigme par la détresse du nourrisson qui désigne la paralysie du sujet face à une effraction quantitative, véritable effroi d'origine interne ou externe. Freud par la suite va modifier sa théorie de l'angoisse en mettant l'accent entre le traumatisme et la perte de l'objet, introduisant dès lors la question, ultérieurement centrale en psychanalyse, des liens à l'objet.

A la fin de son œuvre, précisément en 1939, Freud évoque la conception du traumatisme dans ses liens au narcissisme : une blessure narcissique, dont l'inscription psychique a valeur de trauma : « du fait des blessures d'ordre narcissique, les expériences traumatiques, originaires constitutives du fonctionnement psychique et de son organisation, peuvent dès lors entraîner des atteintes précoces du Moi » (Bokanowski, 2015, p.14). En plus, Freud envisage deux destins possibles du traumatisme : l'un positif et organisateur qui permet, par à-coups successifs, la répétition, la remémoration, l'élaboration ; l'autre négatif et désorganisateur, qui crée une enclave dans le psychisme, véritable clivage qui empêche toute élaboration psychique et par conséquent rend le traumatisme destructeur.

Il ressort que le clivage narcissique à l'origine des effets négatifs du trauma que Freud évoque a donc pour conséquence, du fait de l'intériorisation d'un objet primaire défaillant, non fiable et ainsi non comblant, d'entraver le processus de la liaison pulsionnelle, de créer des défaillances lors de la constitution du narcissisme (non contenance de la barrière pare-excitation), ce qui entraîne d'importantes carences représentatives qui, mutilant à jamais le Moi, engendre une détresse primaire douloureuse pouvant aller jusqu'au désespoir. Cependant

dans le cas du patient en hémodialyse, les mutilations du Moi qui sont les conséquences d'une blessure narcissique à l'origine de la difficulté à reprendre le Moi-Corps, ne sauraient être éternelles si le traumatisme interne et externe qu'engendre l'hémodialyse l'expose à un travail du négatif comme (Green, 1993).

2-12-2- La théorie de l'après-coup

Selon le dictionnaire numérique Carnets2psycho, l'après-coup se dit d'une dimension temporelle et causale, relative à la vie psychique. Elle consiste dans le fait que des impressions ou des traces mnésiques peuvent n'acquiescer tout leur sens que dans un temps postérieur à celui de leur première inscription. En psychanalyse, Freud relève dans ses premières œuvres que des expériences vécues sans effet immédiat notable peuvent prendre un sens nouveau dès lors qu'elles sont organisées, réinscrites ultérieurement dans le psychisme. Selon lui, c'est même à partir d'un tel schéma qu'il fait concevoir le traumatisme lorsque, par exemple, un second événement, vécu après la puberté, aura donné à cette première scène un sens nouveau, déclenché un affect sexuel déplaisant. L'après-coup est un concept psychanalytique qui permet tout particulièrement une réflexion sur le temps et sur les temporalités spécifiques de la vie psychique. Ce terme désigne un processus psychique complexe impliquant plusieurs temporalités imbriquées (Chervet, 2013).

Sans s'écarter de la définition donnée par les auteurs précédents, Chaussecourte (2017, p.27) pense que l'après-coup est bidirectionnel. Pour l'auteur, « le passé influence et organise en partie notre présent, mais le présent permet aussi de modifier les représentations que nous nous donnons de ce passé ». Ainsi, la première scène est nécessaire pour que la seconde puisse être à risque, mais en réalité c'est la deuxième qui transforme le souvenir de la première en le rendant traumatogène, au sein d'une dialectique intéressante entre le passé et le présent : le passé nous rend plus sensible à certains événements de notre présent, mais ce sont ces événements présents qui nous font relire, rétro-dire autrement nos souvenirs du passé, en les rendant alors traumatiques comme en différé. Les deux temps sont nécessaires, et aucun d'entre eux ne suffit à lui seul à rendre compte de la dimension traumatique de telle ou telle trajectoire de vie.

Pour Chervet (2009), le terme après-coup désigne le résultat temporel et manifeste d'un travail psychique latent et intemporel, et le processus même de ce travail. Le travail de l'après-coup appartient aux activités psychiques régressives de la passivité. Il est animé par une

motion régressive, par un impératif à produire un matériau progrédient et par une référence à un fonctionnement mental idéal dont il est, accompli, le modèle. L'après-coup se dit de la dimension de la temporalité et de la causalité spécifique de la vie psychique et qui consiste dans le fait que les impressions ou des traces mnésiques peuvent acquérir tout leur sens, toute leur efficacité que dans un temps postérieur à celui de leur première inscription. Dès ses premières œuvres, Freud relève que des expériences vécues sans effets immédiats notables peuvent prendre un sens nouveau dès lors qu'elles sont organisées, réinscrites ultérieurement dans le psychisme. C'est à partir d'un tel schéma qu'il faut concevoir le traumatisme. Selon Freud, le plus souvent, une scène vécue précocement de façon assez neutre pourra avoir valeur de traumatisme lorsque par exemple, un second événement, vécu après la puberté, aura donné à cette première scène un sens nouveau, déclencher un affect sexuel déplaisant.

Il est à noter que l'abandon de la théorie du traumatisme comme cause essentielle de la névrose ne supprime pas l'importance de la notion d'après-coup, bien au contraire. Même si, en effet, il y a une sexualité infantile, l'enfant ne dispose pas d'emblée de sa perception définitive du registre sexuel. Freud établit ainsi, à propos de l'homme aux loups, que celui-ci, ayant été témoin à un an et demi d'un coït entre ses parents, ne le comprend qu'à quatre ans, grâce à son développement, son excitation sexuelle et sa recherche sexuelle. C'est à cet âge que cette scène primitive prend pour lui toute l'efficacité psychique, déterminante dans son fantasme et dans son symptôme. De ce qui précède, il ressort que le terme d'après-coup apparaît comme un concept non négligeable dans la compréhension du vécu traumatique ou du traumatisme. Il découle en effet d'une représentation naïve de la psychanalyse selon laquelle c'est seulement ce qui est antérieur qui détermine ce qui est ultérieur (Larousse de Psychologie, 1999). Ainsi, des phénomènes comme des souvenirs écrans, souvenirs précoces toujours réinterprétés à partir du fantasme, montrent bien qu'il n'en est rien.

En hémodialyse, les comorbidités, les symptômes ou d'autres contingences de prescriptions médicales telles que l'achat des poches de sang, les examens médicaux de circonstance, sont susceptibles de réveiller d'autres angoisses autrefois mises quarantaine dans l'inconscient. Aussi, serait-il important de souligner les situations d'après-coup d'être vécues au sein des familles en ce qui concerne le parcours de soins des malades chroniques. Il s'agit d'événements ou des périodes angoissantes survenant dans la vie des groupes et qui viennent prendre du sens dans les nouvelles situations ; toute chose qui plongerait le sujet dans une angoisse traumatique car lui-même partageant le même espace psychique.

2-13- DIDIER ANZIEU ET LE MOI-PEAU

Toute l'œuvre psychanalytique de Anzieu (1974 ; 1985 ; 1994) s'est basée sur les limites et les contenants. Anzieu a étudié les contenants psychiques à travers notre principale enveloppe, la peau. Il définit le moi-peau par « une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme un Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience à la surface du corps [...] cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif ». Cette métaphore de Didier Anzieu ne désigne pas seulement une enveloppe physiologique, elle a une fonction psychologique qui permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact, d'inscrire. La peau par ses propriétés sensorielles, garde un rôle déterminant dans la relation à l'autre.

Didier Anzieu nous montre que tout s'organise à partir de la sensation et que le moi-peau représente huit fonctions de la peau (par analogie biologique).

- **maintenance** : proche du holding (tenir) de Winnicott, cette « fonction de sac » contient et retient le bon et le plein des soins maternels et ceci permet l'érection du penser.
- **la contenance** : proche du handling (soigner) maternel, permet le jeu entre le corps et la mère et celui de l'enfant et leurs sensations respectives. Ceci a une fonction de marquage de la limite entre le dedans et le dehors.
- **la constance** : fonction de protection des agressions de l'autre et des stimuli du monde externe que Freud nomme « pare-excitation ». cette fonction défend le Moi contre l'effraction pulsionnelle endogène tout en laissant une place à l'appétit d'excitation.
- **l'individuation** : le moi-peau permet l'émergence du soi et l'unicité de l'individu.
- **la correspondance** : l'intersensorialité donne sens. Le moi-peau est une surface reliante.
- **la sexualisation** : les contacts peau à peau avec la mère, les soins maternels préparent l'autoérotisme et le plaisir. Le moi-peau exerçant la fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle, assure une continuité entre les plaisirs auto-érotiques, les plaisirs narcissiques du Moi et les plaisirs intellectuels du penser.
- **l'énergisation** : le moi-peau sert de recharge libidinale du fonctionnement psychique.

- **la signifiante** : le moi-peau «est le parchemin originaire, lieu d'inscription des traces et des représentations des premiers signifiants, choses, mots et formations symboliques, comme si le moi-peau était recouvert de cire.

Didier Anzieu nous spécifie que ces huit fonctions du moi-peau st au service de la pulsion d'attachement, puis de la fonction libidinale et il en définit même une neuvième qui serait sa fonction végétative au service de thanatos.

- **le rejet et la toxicité** : comparable à la fonction auto-immune qui rejette l'organe étranger non seulement le non-soi, mais aussi le soi, sorte de retournement de la pulsion. Didier Anzieu parle de moi-peau comme une tunique empoisonnée et toxique.

En fait pour Didier Anzieu, tous les processus de pensée ont une origine corporelle. C'est la spécificité des expériences corporelles qui va se traduire par la spécificité des processus de pensée, par les angoisses et les inhibitions correspondantes. La vie en hémodialyse est un vécu du toucher, toucher du corps et de mise en mal des fonctions du moi-peau.

2-14- THEORIE PULSIONNELLE, DU NARCISSISME ET DE LA LIBIDO

Les théories freudiennes sont généralement liées et complémentaires les unes des autres. Il s'agit d'un processus explicatif continu de la réalité pulsionnelle. C'est pourquoi on les désigne généralement sous le vocable de théories psychanalytiques. C'est le cas de l'intercomplémentarité entre les théories sus-évoquées. Dans le cadre de notre recherche, la théorie principale de cette recherche est la théorie du narcissisme (Freud, 1914). Son postulat est le suivant : le sujet atteint d'une maladie organique grave retire sa libido du monde qui l'entoure pour l'investir sur le corps. Cette énergie ne peut donc plus refluer avec le moi car le corps malade cristallise l'attention du sujet. Un tel sujet ne pourra reprendre son énergie qu'après la guérison.

Pour ce qui est de la théorie pulsionnelle, à partir de son œuvre *Pulsions et destins des pulsions* (Freud, 1915), Freud présente les caractéristiques générales des pulsions. Reprenant ses vues exposées dans les Trois essais sur la théorie sexuelle (1905), Freud définit la pulsion comme une poussée dynamique qui a une source, un but et un objet, et il en décrit les implications. Freud souligne que la pulsion agit comme une force constante, elle est comparable à un besoin qui ne peut être supprimé que par la satisfaction qui correspond au but de la pulsion. Si le but de la pulsion est toujours celui d'obtenir la satisfaction, l'objet de

la pulsion est toujours celui d'obtenir la satisfaction. D'une manière générale, Freud constate que cet objet est contingent, c'est-à-dire qu'il n'est pas unique mais remplaçable. Enfin, par source de la poussée pulsionnelle, il s'agit d'un processus somatique qui est localisé dans un organisme ou une partie du corps et dont l'excitation est représentée dans la vie psychique par la pulsion. La pulsion nous est connue dans la vie psychique que par ses buts. En ce qui concerne la régulation du fonctionnement de l'appareil psychique, Freud affirme à cette période de son œuvre qu'il est soumis au principe de plaisir et modulé automatiquement par les sensations de la série plaisir-déplaisir. Freud redéfinit le concept de pulsion comme étant « un concept limite entre le psychique et le somatique, comme le représentant psychique des excitations, issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme, comme une mesure de l'exigence de travail qui est imposée au psychique en conséquence de sa liaison du corporel.

Freud constate qu'il existe nombreuses sortes de pulsions qu'il ramène à deux groupes originaires : les pulsions du moi et les pulsions d'autoconservation. Freud voit dans l'opposition entre pulsions d'autoconservation et pulsions sexuelles l'origine du conflit dans les névroses de transfert. Selon Freud, le conflit résulte du fait que les pulsions sexuelles qui peuvent se satisfaire sur un mode fantasmatique et obéir au principe de plaisir se heurtent au principe de réalité représenté par les pulsions d'autoconservation, ces dernières ne pouvant se satisfaire qu'à travers un objet réel.

Sur ce qui est du destin, Freud précise ce qu'il entend par destin, c'est-à-dire les divers modes de défenses qui sont régis contre les pulsions afin de s'opposer à leur action. Les pulsions sexuelles subissent selon lui les destins suivants : le renversement dans le contraire, le retournement sur la personne propre, le refoulement et la sublimation. Par ailleurs, Freud souligne le rapport susceptible d'être établi entre l'amour, la haine et les pulsions. Il s'agit des affects complexes qui jouent un rôle déterminant dans les conflits psychiques de ses patients : amour et haine se dirigent très souvent simultanément sur le même objet, cette coexistence fournit aussi l'exemple le plus important d'une ambivalence du sentiment.

Les positions théoriques sur le concept de narcissisme ont amené Freud à l'introduire dans la théorie des pulsions. Le mot « narcissisme » a été introduit en psychanalyse par Freud (1911) pour désigner l'amour qu'un individu porte sur lui-même. Il s'agit d'un comportement par lequel un individu traite son propre corps de façon semblable à celle dont on traite d'ordinaire le corps d'un objet sexuel. Il le contemple donc en y prenant un plaisir sexuel, le caresse, le cajole, jusqu'à ce qu'il parvienne par ses pratiques, à la satisfaction complète. Selon Diane Guay (2006), trois périodes de conceptualisation du narcissisme se succèdent

autour de 1914. Dans la première période, le narcissisme y apparaît comme un stade précoce où a lieu l'unification des pulsions partielles auto-érotiques (Freud, 1905 ; 1913). Dans la deuxième période, le but est d'assurer le développement dans la théorie de la libido. Le narcissisme est alors construit sur trois principales questions qui en permettent le développement dans les aspects pathologiques tels que les perversions, les psychoses, l'homosexualité, névroses, maladies organiques, hypocondrie (Freud, 1914). Freud décrit le narcissisme comme investissement libidinal du moi et comme choix d'objet distinct du choix d'objet par étayage. Le développement du psychosexuel du sujet débouche à une articulation de deux formes de narcissisme : le narcissisme primaire et le narcissisme secondaire.

Le narcissisme primaire est expliqué dans sa dimension intrapsychique comme une situation psychique dans laquelle, le moi au début de la vie psychique, est originellement investi par la pulsion et est capable de satisfaire ses pulsions sur lui-même ; ce qui correspond à la première étape de la vie psychique de l'enfant qui est dans une relation fusionnelle avec sa mère et ne fait pas la distinction entre lui et celle-ci et où toute sa libido est investie sur lui-même. Plus tard, une partie de ce narcissisme est cédée aux objets.

Le narcissisme secondaire fait référence au mouvement psychique qui consiste à envoyer vers l'extérieur une partie de cette libido vers des objets extérieurs et qui feraient, dans un second temps, retour vers le Moi, au détriment de ces objets (Freud, 1914 ; Laplanche et Pontalis, 1967). Pour cela, Freud utilise l'expression de libido du Moi ou libido narcissique. Il fait la distinction entre libido d'objet et libido du Moi : plus l'un absorbe, plus l'autre s'appauvrit ; ce qui traduit l'existence de conflits susceptibles de survenir suite aux disparités d'énergie.

Selon la métapsychologie freudienne, le moi est décrit comme le détenteur du capital libidinal qui peut diriger la libido vers l'objet, la garder ou la ramener vers lui-même. Freud (1914) soutient que l'investissement de la libido sur les objets n'élève pas le sentiment d'estime de soi. La dépendance par rapport à l'objet aimé a pour effet d'abaisser ce sentiment, l'amoureux est humble et soumis. Celui qui aime a pour ainsi dire, payé amende d'une partie de son narcissisme, et il ne peut en obtenir le remplacement qu'en étant aimé. Sous tous ces rapports, le sentiment d'estime de soi semble rester en relation avec l'élément narcissique de la vie amoureuse. La perception de son impuissance, de sa propre incapacité d'aimer, par suite de trouble psychique ou somatique agit au plus haut degré pour abaisser le sentiment d'estime de soi. C'est ici selon Freud qu'il faut chercher l'une des sources de ces sentiments

d'infériorité qui est manifesté chez les malades souffrant d'une névrose de transfert. Mais la source principale de ces sentiments est l'appauvrissement du moi résultant du fait que des investissements libidinaux extraordinairement grands sont retirés au moi, donc la blessure infligée au moi par les tendances sexuelles qui ne sont plus soumises au contrôle.

Quand la libido est refoulée, l'investissement d'amour est ressenti comme un sévère amoindrissement du moi, la satisfaction amoureuse est impossible, le renchérissement du moi n'est possible qu'en retirant la libido des objets. Le retour au moi de la libido, sa transformation en narcissisme, représente en quelque sorte le rétablissement d'un amour heureux, et inversement un amour réel heureux répond à l'état originaire où libido d'objet et libido du moi ne peuvent être distinguées d'un de l'autre.

2-15- LA NEGATIVITE PSYCHIQUE

André Green puise chez Winnicott et Bion autant que chez Freud l'idée d'une double portée du négatif à la fois structurant et déstructurant qui le met en relation étroite avec la dynamique entre pulsion de vie et pulsion de mort et les processus de liaison et de déliaison. Nous allons davantage dans cette étude nous intéresser aux processus structurant du travail du négatif.

Selon la deuxième loi de la négation, ce qui est nié n'est pas détruit, mais maintenu, non pas à l'identique mais sous forme différente. Ce qui est nié est d'ailleurs exigé et appelé par la loi de l'activité et du développement. Sans négatif, pas de mouvement. Nier dans le psychisme veut signifier plusieurs choses : inverser, déplacer, délier, s'approprier, aliéner, abolir, diviser, dénier, etc. Selon A. Green, le négatif est une question qui, en s'y intéressant de près, traverse toute l'œuvre freudienne et qui comme l'affirme Jean Guillaumin est même un des fondements du dispositif psychanalytique. C'est avec l'article de Freud « *verneinung* », (la négation) (Freud, 1925) que l'approche du négatif s'affine et s'ouvre aux développements contemporains, et non seulement dans le champ psychanalytique. Freud et Hegel cités par Pagès (2015) dans son ouvrage *Les intermittences de sens*, sont les précurseurs du concept de négativité psychique. Freud n'avait pas formulé un système de la négation. Toutefois, ces derniers établissent que le négatif psychique semble accoucher de formations « positives » grâce auxquelles la psyché peut se maintenir en vie et dans un certain équilibre. Pour établir cette thèse et confirmer l'analyse du négatif en terme de négativité, il faut d'une part revenir en détail sur le fonctionnement psychique et en particulier sur les mécanismes de défense et

d'autre part, montrer que la présence du négatif excède les phénomènes étiquetés par Freud comme négatif (négatif, dénégation, négativisme, réaction thérapeutique négative, transfert négatif, hallucination négative, etc.).

La négation se trouve au croisement de toutes les défenses que le sujet utilise pour se protéger des poussées pulsionnelles inconscientes. C'est la façon la plus normale, névrotique jusqu'au désaveu ou déni qui comporte en même temps le refus et l'acceptation de la réalité de la castration, et jusqu'au rejet ou la forclusion qui refuse toute réalité à la présence d'une donnée insoutenable pour le sujet, une sorte d'abolition interne qui ouvre quand même une voie pour un retour de l'extérieur.

Le travail du négatif crée donc le vide, un travail de suppression radical par le négatif. Le vide se met en place d'un objet qui n'est plus là psychiquement. Et pour Green comme pour Winnicott, la réalité psychique est capable de construire et de percevoir le vide, même si l'objet réel réapparaît. Le vide s'impose comme la seule réalité comportant le risque ultime de la mort. Seulement, ce vide doit être entretenu car sans ultime recours à un quelconque appui renvoie à la disparition de soi, à la non existence, signifiant potentiellement la mort (Panos Aloupis, 2017). Si le refoulement est une modalité la plus simple pour rendre négative une représentation, le désaveu ou déni se situe à mi-chemin entre la possibilité de la représentation et son rejet (ou forclusion) qui n'est autre que le refus absolument négatif d'une réalité insupportable. Ce désaveu ne veut ni rejeter, ni retenir, il se refuse à la représentation et cherche une perception de remplacement : c'est le fétiche ou le fantasme. Le sujet affirme et nie dans le temps et la croyance dépasse les limites de la perception de la réalité. S'ouvre ainsi une possibilité de domination de la réalité psychique sur la réalité matérielle et le besoin de croire de l'être humain. L'expérience de la mort crée des cadres de représentations de substitution qui contiennent le vide c'est-à-dire la non existence de l'objet. Le désaveu s'installe pour parer au danger de la perte d'identité (sexuelle). L'identification s'efforce de répondre à la menace de la perte de l'objet. L'appareil psychique non seulement produit mais transforme dans le sens négatif, en effaçant ce qui est advenu, non seulement à travers le refoulement, le désaveu ou la forclusion, mais aussi en négativant l'expérience elle-même.

L'opération de négation doit être le moyen d'une élaboration ou d'une construction psychique. Le refoulement n'est pas une négation, pour cette simple raison qu'il s'agit d'un mécanisme de défense qui permet à la psyché de tenter de se soustraire au danger interne. Et donc pour Green, si l'acte de négation permet la constitution d'un rempart ou d'un état pour le

psychisme, il devient possible de parler de négativité et non pas seulement de négation ou de négatif. La négativité psychique représente une structuration psychique par voie de négation. La présence du négatif serait l'instrument de construction psychique. Le négatif psychique tient à la façon dont sont compris les mécanismes de défense. La psyché mobilise des « défenses » pour faire disparaître ou rendre inoffensif ce qui la menace. Il s'agit de séparer la représentation de son affect, c'est-à-dire de sa force, de son énergie, ce qui permet de maintenir une certaine intégrité psychique. Un acte de négation est alors tenu par une défense. Il mobilise de la négation en quelque sorte à contre-emploi puisqu'au lieu d'engendrer un résultat purement négatif, celle-ci devient le moyen d'une certaine élaboration. Il s'agit de nier pour se construire, nier pour se défendre. Le négatif sert à produire quelque chose de positif : une protection, une aide. Tel est la structure contradictoire du négatif : **Condition d'une autre existence** (Green, 1995, p.33).

Green fait du travail du négatif un processus « une chaîne » inconscient permettant au moyen d'un « non » de défendre, ou d'essayer de défendre le psychisme. Green (1993, p.87) désigne par travail du négatif une structuration insoupçonnée du psychisme non conscient, une opération latente, là où l'on ne voyait que hasard, aléatoire, absence de structuration en principe neutre ou encore l'ensemble des défenses primaires (refoulement, désaveu, forclusion, négation) qui ont en commun leur obligation de statuer par oui et par non sur un quelconque élément de l'activité psychique, pulsion, représentation de chose ou de mot, perception, qui sont les instruments et les processus par lesquels le jugement psychique est prononcé (Green, 1995, p.26).

2-16- LA RESILIENCE

Ce terme de résilience a été emprunté à la physique, il signifie d'après le Dictionnaire Larousse « la caractéristique mécanique définissant la résistance aux chocs d'un matériau ». (2003) En d'autres termes c'est la capacité du matériau à absorber les variations brutales du milieu sans se rompre ni être modifié radicalement. Son application en psychologie a conservé ce sens. En effet, selon les psychologues la résilience signifie, d'une manière générale "la capacité à rebondir" et à affronter les situations difficiles de la vie. D'après Lopez (2002) « la résilience qui est le contraire de la "vulnérabilité", est un concept qui permet d'expliquer pourquoi certains individus soumis à des difficultés existentielles ou à des événements traumatogènes, ne présentent pas de troubles psychologiques » (p.16).

Pour Vanistendael la résilience « est à la fois la résistance à la destruction et la capacité à se construire une vie riche en dépit des circonstances difficiles et d'un environnement défavorable, voir hostile. C'est la capacité d'une personne, qu'il soit un enfant, parent ou même vieillard, ou d'un système social, famille, communauté, à se développer bien, malgré des conditions difficiles » (Cité par Tomkiewicz. 2001, p.154). Ce qui revient à dire que la résilience consiste en la possibilité du sujet à surmonter les conditions difficiles, à y faire face sans que cela ne détruise ou modifie son identité ou sa personnalité. D'autres auteurs avancent que la résilience est le fait de caractéristiques personnelles spécifiques comme la régulation émotionnelle et la capacité d'attachement, l'intelligence, l'optimisme, l'altruisme, etc. (Charney, 2004). Dans le même sens Fongay (2004) pose quelques marqueurs de la résilience ; cohérence, capacité réflexive, recherche efficace de soutien, sens de l'identité et de l'autonomie, capacité de faire la différence entre le rêve et la réalité.

2-17- LES PROCESSUS D'ADAPTATION

Conceptualisé à partir des théories du deuil, le processus d'adaptation se décline sous deux catégories principales : les mécanismes de défense et les stratégies de coping. Les mécanismes de défense dont font recourent certains sujets et qui corroborent l'idée du travail du négatif sont développés dans cette étude. En dialyse, les processus adaptatifs peuvent permettre au patient de retrouver son homéostasie psychique. Selon Lazarus & Folkman (1984), les processus de coping sont considérés comme des états liés à la situation. La réponse des individus est envisagée en termes de processus changeants, d'une part, et d'autre part par le fait que leur comportement face à la situation devient actif et non plus passif. Ces processus impliquent au préalable une phase d'évaluation en deux temps : l'évaluation primaire qui évalue la situation aversive au regard de ses éléments objectifs et l'évaluation secondaire qui permet de recenser les ressources dont le sujet dispose. Nous distinguons deux formes principales de coping, l'une centrée sur le problème et l'autre centrée sur l'émotion. Une troisième catégorie de coping est souvent évoqué celui de la recherche du soutien social.

PARTIE II : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Ce chapitre intervient à la suite de la présentation du cadre théorique et s'intéresse à toutes les démarches mises en œuvre pour produire et analyser les données.

3-1- RAPPELS ET CLARIFICATION DE L'ETUDE

Cette rubrique s'attèle à rappeler respectivement le problème, la question, l'hypothèse de recherche avant d'opérer une clarification du type et de la méthode de recherche retenus dans le cadre de la présente étude.

3-1-1- Rappel du problème et de la question de recherche

Cette étude se penche sur la préservation l'image du corps chez les patients en hémodialyse. La fonction rénale est éminemment importante pour le fonctionnement du corps. Voilà pourquoi son dysfonctionnement retentit comme une véritable menace à la vie et expose le sujet à un vécu de deuils. Les événements que le sujet rencontre dans son parcours thérapeutique sont assez nombreux, éprouvants et générateurs d'une détresse psychologique assez forte si l'on s'en tient à ce qu'induit généralement l'annonce d'une maladie chronique et de surcroît une prise en charge assistée par des machines c'est-à-dire l'hémodialyse. L'hémodialyse en tant que traitement palliatif renvoie à l'absence d'alternative thérapeutique et confirme la limitation de l'espérance de vie. Dorénavant, le sujet devra se rendre compte non seulement de l'incapacité de son corps à le faire vivre seul, mais aussi de l'inutilité de celui-ci à assurer la fonction de filtration du sang. Ensuite, il devra réaliser à quel point sa vie dépend d'une machine et de l'équipe de soignants. D'autres énoncés de la maladie comme les contraintes, les effractions, la manipulation du sang, l'austérité alimentaire et d'autres pratiques médicales, infligent une blessure narcissique au sujet. Le corps poussé donc à ses extrêmes devient le lieu de toutes les projections. Les patients dans cet état se trouvent alors au carrefour des fantasmes de destruction.

Freud dans Introduction sur le narcissisme (1914) postule que la maladie organique qui, de plus est grave, modifie la répartition de la libido en obligeant le sujet à désinvestir le

monde objectale pour reporter sa libido sur son corps. Dans notre cas, le moi connu comme réservoir et distributeur de libido est appauvri et souffre du fait que cette libido objectale a des difficultés à réinvestir le moi parce que le corps est non fonctionnel, ou tout au moins déchiqueté et quasiment inutile ; ce qui ramène le moi dans une problématique du vide, traduisant ainsi la défaillance du narcissisme secondaire. L'angoisse de mort et le sentiment de nullité envahissent la scène intérieure, il s'en suit des comportements de dévalorisation de son corps, perte d'estime de soi, sentiments négatifs, etc.

Et pourtant, même comme nos observations et les données de la littérature sur la survie en hémodialyse confirment que le niveau de mortalité est très élevé en hémodialyse, une minorité de patients réussissaient l'exploit en faisant montre d'une longévité assez remarquable. Ces derniers font face aux complications de la maladie et reprennent assez rapidement un sentiment de contrôle de leur corps, voient les bénéfices de l'observance des recommandations thérapeutiques, se les approprient, savent interpréter les nouveaux signes du corps, entretiennent des projets, se projettent vers l'avenir. Ils parviennent à assumer des rôles sociaux, signes somme toutes qui témoignent d'une forme de vitalité. La question est alors de savoir ce qui justifie un tel exploit si l'on s'en tient à la théorie du narcissisme de Freud (1914) qui indique que dans les conditions de maladie organique grave, la seule possibilité pour que le sujet reprenne son énergie et donc son narcissisme, est qu'il parvienne au stade de la guérison. Le sujet ayant malheureusement retiré sa libido du monde qui l'entoure et l'investit sur son corps qui cristallise désormais son attention. Et pourtant ce corps est déchiqueté, usé par le traitement, et surtout dilué dans la machine, il ne peut en découler qu'un vécu de deuil (Freud, 1927), d'autant plus que la dialyse ne guérit pas car c'est un traitement palliatif.

Un processus qui semble apporter une première réponse à notre interrogation première. Freud et Green apportent une réponse particulière à cette question. Avec ces auteurs, nous confirmons en effet que le travail du négatif, en remplaçant le vide psychique créé par le traumatisme de la maladie, à partir des éléments comme la croyance qui aide à nier la souffrance infligée, le sujet procède en effet par la construction de l'absence de la menace. Mais au-delà de cette conception du travail du négatif centré sur la croyance, les sujets rencontrés expriment un vécu particulier de la maladie qui intègre à la fois la croyance, mais aussi un ensemble de prédispositions très particulières comme l'absence de névrosisme, l'extraversion et un état de conscience aiguë. C'est probablement l'hypothèse qui

répondrait à la question de recherche selon laquelle comment le vécu de l'hémodialyse interfère-t-il sur l'image du corps du malade rencontré au CHU-Yaoundé ?

3-1-2- Variables et modalités

C'est la réponse provisoire à la question de recherche ou au problème. C'est elle qui établit la relation qui influence la détermination entre la variable dépendante et la variable indépendante. Autrement dit, elle met donc en relation deux concepts, deux faits ou encore deux phénomènes :

- le vécu de l'hémodialyse (**variable indépendante VI**)
- l'image du corps (**variable dépendante VD**)

3-1-2-1- Définition opératoire des variables de l'hypothèse générale

L'hypothèse générale de recherche permet de définir les concepts opératoires, les modalités et d'indicateurs qui ont servi à faciliter la collecte des données sur le terrain. L'hypothèse générale de l'étude implique la mise en jeu des concepts. Que recouvrent-ils comme significatifs ? Il s'agit en effet, de présenter l'espace conceptuel en retenant pour l'étude des référents pertinents. De ce fait, nous avons fait une sélection des dimensions et significations des concepts en fonction des aspects du vécu de la négativité psychique chez les patients en hémodialyse. Notre mission est portée sur l'intégration des informations dans un cadre théorique de référence à savoir celui de Green et d'autres auteurs qui l'ont précédé dans la compréhension de la problématique des mécanismes psychiques de défense. Ainsi, le travail comporte des indices reconnus pertinents pour la recherche qui ont constitué l'ensemble des indicateurs susceptibles de prendre la forme d'un comportement, d'une attitude (Pourtois, Desmet & Lahaye, 2006 cité par Mgbwa, 2009).

3-1-2-2- Variable indépendante : vécu de l'hémodialyse

❖ **Modalité 1** : la croyance au fétiche

- **Indicateur 1** : union narcissique avec la machine à dialyse ou autre objet fétiche
 - Indices : expression de joie, confiance en soi
- **Indicateur 2** : personnalisation de la machine à dialyse

- Indices : soumission à la machine, transfert de puissance
- **Indicateur 3** : croyance aux faits religieux
 - Indices : pensées quasi-rationnelles, sentiment de sécurité
- ❖ **Modalité 2** : la croyance à la force de sa personnalité
 - **Indicateur 1** : croyance à son autoefficacité
 - Indices : identification aux personnes ayant dompté la maladie, confiance à la force du corps familial
 - **Indicateur 2** : intellectualisation de la maladie
 - Indices : affirmation de soi, dédramatisation
 - **Indicateur 3** : Incorporation de la maladie et du contexte des soins
 - Indices : acceptation de la maladie et du contexte de soins, agréabilité
- ❖ **Modalité 3** : la croyance à la force de la médecine
 - **Indicateur 1** : projection au miracle scientifique
 - Indices : perspectives positives, disposition au contrôle de soi
 - **Indicateur 2** : Identification aux normes thérapeutiques
 - Indices : sens du devoir, l'auto-discipline
 - **Indicateur 3** : vigilance
 - Indices : disposition au contrôle de soi, anticipation

3-1-2-3- Variable dépendante : image du corps

- ❖ **Modalité 1** : Soi identitaire
 - **Indicateur** : estime de soi
 - Indices : acceptation de soi, amour de soi
- ❖ **Modalité 2** : Activation du narcissisme secondaire
 - **Indicateur** : Reconstruction de l'intimité et du plaisir perdu

- Indice : valorisation de l'apparence, soins corporels
- ❖ **Modalité 3** : Reconstruction des valeurs sociales
- **Indicateur** : entretenir une vie sociale
 - Indices : définir les projets à venir, participation aux organisations

3-1-3- Hypothèse de l'étude

3-1-3-1- Hypothèse générale

L'analyse théorique a permis d'avancer l'hypothèse selon laquelle : le travail du négatif centré sur la croyance interfère positivement sur l'image du corps du patient.

La théorie du narcissisme que nous avons mise en avant dans cette recherche, n'étant pas à mesure de nous permettre d'atteindre nos objectifs sur les mécanismes psychiques recherchés, nous avons fait appel à une théorie secondaire dont les travaux se sont abreuvés des travaux freudiens sur les pulsions. Il s'agit de la théorie du négatif de Green (1993). Cette théorie répond à la question de savoir ce que le psychisme fait lorsqu'il est affecté par des événements traumatisants et d'autres formes de menace de la mort. Si le narcissisme traite de l'amour que le sujet a pour lui, il va de soi qu'en situation de menace, le psychisme va mobiliser des défenses spécifiques pour que le moi soit protégé. C'est pourquoi il postule l'usage de la croyance comme mécanisme permettant de nier la réalité de la mort ; ce qui permettrait au sujet de notre recherche d'avoir une image positive de lui-même malgré la menace permanente de sa destitution par cette redoutable maladie.

3-1-3-2- Hypothèses de recherche

Au terme de l'opérationnalisation des variables, l'on a obtenu les hypothèses de recherche suivantes :

HR1 : la croyance au fétiche interfère positivement sur l'image du corps.

HR2 : la croyance à la force de la personnalité interfère positivement sur l'image du corps du patient hémodialysé.

HR3 : la croyance à la force de la médecine interfère positivement sur l'image du corps du patient hémodialysé.

Tableau 2: Récapitulatif des variables, des modalités, des indicateurs et des indices (tableau synoptique).

Variables	Modalités	Indicateurs	Indices
<u>VI :</u> vécu de l'hémodialyse	<u>VI1 :</u> la croyance au fétiche	Union narcissique avec la machine à dialyse ou autre objet fétiche	Expression de joie, confiance en soi
		Personnalisation de la machine à dialyse	Soumission à la machine, transfert de puissance
		Croyance aux faits religieux (miracles)	Pensées quasi-rationnelles, sentiment de sécurité
	<u>VI2 :</u> la croyance à la force de sa personnalité	Croyance à son autoefficacité	propension à être actif, optimisme
		Intellectualisation de la maladie	Affirmation de soi, dédramatisation
		Incorporation de la maladie et du contexte des soins	Acceptation de la maladie et du contexte de soins, agréabilité
	<u>VI3 :</u> la croyance à la force de la médecine	Projection au miracle scientifique	perspectives positives, illusion d'une dévalorisation des coûts
		Identification aux normes thérapeutiques	Sens du devoir, l'auto-discipline
		Vigilance	Disposition au contrôle de soi, anticipation
<u>VD :</u> image du corps	<u>VD1 :</u> Soi identitaire	Estime de soi	Image positive de soi, confiance en soi, affirmation de soi
	<u>VD2 :</u> Activation du narcissisme secondaire	Reconstruction de l'intimité et du plaisir perdu,	Valorisation de l'apparence, reconnaissance de soi, soins corporels, poursuite de ses projets
	<u>VD3 :</u> Reconstruction des valeurs sociales	Entretenir la vie sociale	Définir les projets à venir, participation aux organisations, valorisation des liens

3-2- SITE DE L'ETUDE

Le site de l'étude est le contexte spatial dans lequel se déroule la recherche (Amin, 2005). En d'autres termes, il s'agit de l'espace qui environne la recherche et le site précis où se fait la collecte des données. La présente étude s'est déroulée au Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (CHU), département de médecine interne et spécialités. La collecte des données s'est faite au service de néphrologie plus exactement à l'unité d'hémodialyse. Le tableau ci-dessous présente les différentes pathologies prises en charge au CHU-Yaoundé.

Tableau 3 : Statistiques des pathologies en 2022 (sources infirmières)

Mois Pathologie	Juillet 2022	Août 2022	Septembre 2022	Octobre 2022	Novembre 2022	Décembre 2022	TOTAL
Maladie Rénale Chronique (MRC)	27	14	10	14	6	16	87
HGE	09	11	08	12	16	11	67
Psychiatrie	09	08	10	12	08	10	57
Cardiologie	00	01	02	02	03	02	10
Hématologie	03	03	03	04	01	07	21
Parasitologie	00	02	00	02	01	02	07
Infectiologie	00	00	04	04	04	03	15
Endocrinologie	01	03	01	00	03	03	11
Chirurgie	00	00	00	00	00	00	00
TOTAL	49	42	38	52	42	54	275

3-2-1- Justification du choix du Centre d'hémodialyse du CHU-Yaoundé

Le CHU-Yaoundé abrite une des unités qui excelle dans la prise en charge des patients souffrant d'insuffisance rénale et, plus particulièrement ceux admis en hémodialyse. Avec un personnel dynamique et dévoué et surtout sa position géographique accessible, ce centre est

réputé attirer de plus en plus de patients. Grâce à un service est assuré 24H/24, ceci nous a permis d'avoir accès à de nombreux patients venant d'horizons divers. Le centre étant accoutumé à accueillir des stagiaires de médecine générale, notre présence en tant que psychologue stagiaire a dû susciter de l'intérêt tant chez les patients qui, pour la plupart déclarent n'avoir jamais rencontré un psychologue, mais aussi un intérêt pour le personnel qui visiblement éprouvent une forte détresse psychologique au regard de la souffrance qu'endurent leurs patients en raison de leur incapacité à leur assurer la guérison. Malgré les efforts faits par le personnel, le rapport annuel d'activités du département de médecine interne et spécialités année 2023 signale malheureusement que ce service enregistre un nombre élevé de décès comparativement à d'autres services de médecine.

3-2-2- Présentation du Centre d'hémodialyse du CHU-Yaoundé

Le CHU est une institution universitaire faisant partir du service de médecine et spécialités. Le service de néphrologie et hémodialyse du CHU-Yaoundé accueille les patients avec insuffisance rénale aigue ou chronique pour diagnostic et traitement, en urgence ou de façon programmée. Le centre d'hémodialyse a pour chef de service le Pr KAZE, médecin-néphrologue, appuyé par un personnel constitué de deux néphrologues, une coordonnatrice, un (01) major, cinq (05) infirmier(ères), deux (02) infirmiers adjoints, dix (10) Aides-soignants, deux (02) techniciens biomédical et deux (02) personnels d'appui. Comme ressources matérielles, le service intègre entre autres douze (12) générateurs de dialyse, réparties dans trois salles d'accueil des patients, une salle d'eau, plusieurs autres équipements d'accompagnement. Outre les soins courants, le service a une activité de recherche clinique permettant de progresser dans la connaissance et la prise en charge optimale des maladies rénales.

3-3- TYPES DE RECHERCHE

Cette recherche est une étude de cas. Selon Barfety-Servignat (2021, p. 97) en reprenant Alberto et Poteaux (2010), il définit l'étude de cas comme « une méthode d'investigation à visée d'analyse et de compréhension qui consiste à étudier en détail l'ensemble des caractéristiques d'un problème ou d'un phénomène restreint et précis tel qu'il s'est déroulé dans une situation particulière réelle ou reconstituée, jugée représentative de l'objet à étudier ». Ainsi, l'étude de cas est la connaissance par le clinicien de la manière avec laquelle le sujet parle de lui, de ce qu'il vit. Le sujet dans une étude de cas ne parle pas seul, il s'adresse au psychologue qui est sensé l'écouter et donner un sens à son discours. Le cas se

conçoit en principe comme la manière dont un sujet exprime quelque chose venant de lui, mais aussi comme une situation originale permettant la mise en évidence et la compréhension des phénomènes particuliers comme les pathologies et des situations existentielles entre autres. L'étude de cas est un outil majeur de la psychologie clinique et de la psychopathologie qui consiste en un travail d'élaboration et de présentation du contexte et du fonctionnement psychologique d'une personne (Barfety-Servignat, 2021).

Le cas dans ce sens renvoie à un événement, un objet ou une situation qui illustre ce qu'on pense ou veut démontrer. Ensuite, il est une sorte de modèle théorique. On se base parfois sur un cas vécu, c'est-à-dire un événement ou une expérience vécue pour donner un sens aux choses. Enfin, ce concept renvoie à une situation nécessitant une intervention. Dans ce sens, est considéré comme cas toute chose ou personne confrontée à des difficultés et, ayant besoin d'aide. On parlera par exemple du patient X comme un cas, le cas X car il a besoin qu'on l'aide à soulager sa souffrance. En clair, un cas clinique c'est la science du particulier, de l'individuel et non du collectif. L'étude de cas est une méthode clinique qui invite le chercheur à décrire un cas dans les détails (Halgin et Whitbourne, 1993). Elle l'amène à saisir un sujet non seulement dans sa globalité (sa dimension sociale, biologique et psychologique), mais aussi dans sa particularité. C'est un sujet unique en son genre à travers son histoire et ses expériences. Elle fait de la psychologie clinique, selon Tsala Tsala (2006, pp. 137-138), « l'étude des cas individuels concrets et la recherche descriptive et compréhensive des causes de ces derniers ».

Par ailleurs, la psychologie clinique tire ses connaissances de plus en plus des études de cas. L'étude de cas est une démarche méthodique qui s'effectue en deux grands temps. Elle commence par un travail clinique concret correspondant au recueil des informations propres à un sujet. Le second temps fort d'une étude correspond à l'élaboration de l'information recueillie chez le sujet dans l'optique d'une présentation des éléments saillants du cas tels que la subjectivité, le mode de résolution de conflits, les mécanismes de défense, l'histoire du sujet, etc. L'étude de cas a deux grands pôles à savoir l'identité narrative du sujet et la discrimination de ce dernier par rapport aux membres de son groupe (Ionescu, 2006). Le récit oral ou écrit produit par le sujet à propos de sa propre vie ou une fraction de celle-ci constitue son identité narrative.

Il faut souligner, à propos de l'identité narrative du sujet qu'elle constitue une méthode appropriée, selon Legrand (1993, p.184) « à l'abord de l'histoire de vie singulière, de même

qu'à l'abord des innombrables phénomènes individuels qui gagneraient à être éclairés sous l'angle de cette histoire ». Après une étude de cas, le clinicien devient plus apte à donner les spécificités d'un sujet par rapport aux autres membres de son groupe, de le classer relativement à ces derniers, en se basant sur l'évaluation objective des manifestations de la vie psychique du sujet.

En effet, l'étude de cas se réalise à travers des examens et le suivi des patients. C'est la raison pour laquelle un cas peut invalider certaines connaissances antérieures sur le plan thérapeutique en présentant par exemple les limites d'une approche thérapeutique donnée. La particularité de l'étude de cas résulte de sa capacité à « dégager les fonctionnements d'un individu ou d'un groupe aux prises avec des situations complexes en s'intéressant notamment à la souffrance, aux angoisses, aux mécanismes de défense aux modalités relationnelles en jeu » (Barfety-Servignat, 2021, p. 97). La valorisation de la singularité du sujet amène le clinicien à le traiter comme un phénomène inédit, sans le réduire à sa situation. Le sujet est à la fois unique et singulier, car ayant toujours quelque chose de radicalement originale qui le diffère des autres en lui confiant sa particularité. Cette prise en compte de la singularité du sujet est déterminée par l'attitude du clinicien. De ce qui précède, « c'est donc le regard, l'écoute du clinicien qui font que le cas devient singulier puisqu'on va faire émerger ce qui échappe au « commun », au « banal », au « conforme » » (Doron et Pedinielli, 2006, p. 10).

Selon ces auteurs, ce qui est réellement singulier dans une étude de cas reste sans doute la subjectivité du sujet. Ils attribuent à cette subjectivité trois principales acceptations. En philosophie, le sujet est subjectif parce qu'il est pourvu d'une conscience de son existence alors qu'en psychanalyse, il est subjectif car divisé entre l'inconscient et la conscience. La phénoménologie appréhende la subjectivité du sujet à travers la prise en compte de son intimité, sa construction et ses représentations de la réalité. La prise en compte de la totalité du sujet n'amène pas le clinicien à fournir une liste exhaustive d'informations à propos du sujet. Il n'est pas question à ce niveau de tout dire sur le sujet. Le sujet psychologique reste en effet une unité indivisible (intra subjectivité) en interaction avec le monde extérieur (intersubjectivité).

Il est donc proscrit une partition du sujet en entités indépendantes. Le symptôme est dans ce cas analysable et interprétable qu'en relation avec le sujet, voire son environnement pris comme un tout. Le discours du sujet met en scène ses difficultés tout en les inscrivant dans une chronologie, un passé ou un moment de sa vie, bref, dans son histoire personnelle.

Ceci parce que, comme l'attestent Doron et Pedinielli, (2006, p. 11), « le sujet n'est jamais hors du temps: il parle au présent, mais reconstruit un passé parfois incertain, émaillé de souvenirs et de recherches de significations ». De son passé, le sujet n'oublie jamais rien, il vit avec. Ses blessures, ses joies et tristesses du passé le suivent dans le présent à son insu à travers son comportement. L'étude de cas met aux prises un sujet et le clinicien. Elle se réalise dans une rencontre faisant du clinicien le catalyseur d'émotions et des représentations du sujet par sa présence et son écoute. Un lien spécifique lie le sujet au clinicien, le phénomène transférentiel. Le transfert et le contre transfert, par l'impact qu'ils ont sur l'expression et la production du discours du sujet se trouvent au cœur de la relation entre le clinicien et son sujet.

Ainsi, l'étude de cas n'est donc pas une étude de dossiers. C'est une démarche objective dont une des forces « réside dans sa capacité à produire d'excellentes descriptions individuelles: si l'on se situe dans une perspective idiographique, l'objectif du clinicien est justement de connaître le sujet dans sa totalité et son unicité » (Ionescu, 2006, p. 206). Le choix des études de cas dans cette recherche est motivé par le fait que nous cherchons, à explorer chez chaque patient les mécanismes psychiques qui rendent compte de la sauvegarde de l'image du corps, et ce, à partir de l'expérience vécue dès l'annonce de la maladie et par la suite le vécu des soins. L'intérêt ici est porté sur l'équilibre psychologique des patients malgré le traumatisme interne et externe qu'ils vivent.

3-4- PROCEDURE ET CRITERES DE SELECTION DES PARTICIPANTS

Notre étude porte sur le vécu de l'hémodialyse et image du corps des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique. Nos participants proviennent du Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé (CHU). Nous avons d'abord fait le pré-test sur 30 patients choisis aléatoirement dans le lot des 164 que compte tout le centre de dialyse, âgés d'au moins 25 ans et disposés à l'échange pour observer les tendances de la qualité du vécu sur la base de l'estime de soi. Ainsi, huit (8) de nos participants en majorité adulte ont réalisé un score supérieur à 31, 31 représentant le score le plus bas chez les personnes ayant une estime de soi avenante. Sur ce, il s'est révélé que ces sujets sont essentiellement des personnes ayant une survie assez élevée par rapport aux autres soit au moins de 2 ans de dialyse. Ce qui a orienté notre échantillon vers les patients adultes avec des survies assez longues. Nous avons administré une deuxième échelle de sélection à ces 8 patients. Pour rendre notre étude moins

lourde, nous avons fixé arbitrairement notre effectif de participants à 5. Tout ceci s'est fait selon une procédure rigoureuse.

3-4-1- Critères de sélection

3-4-1-1 Critères d'inclusion

Pour éprouver nos hypothèses de recherche, il convenait de rencontrer des sujets dont les particularités étaient :

- 1- être atteint d'insuffisance rénale au stade chronique et passant les séances de dialyse au CHU-Yaoundé ;
- 2- être âgé entre 35 et 55 ans : la préférence pour cette tranche d'âge se justifie par le fait le test administré aux patients a donné la tendance selon laquelle c'est dans cette tranche d'âge que l'on observe le plus de survie prolongée.
- 3- avoir au moins 4 ans de dialyse

Tableau 4 : Caractéristiques des participants

Cas	Age	Année en dialyse	Silhouette	Trajectoires
ARNOLD (A)	35 ans	5 ans	Très bonne tenue	Arnold est conseiller financier en assurance. Il déclare que sa vue n'était plus claire dans les débuts de la manifestation de la maladie. Rendu à l'hôpital d'Efoulan, sa tension artérielle a atteint le chiffre 20, ce qui est largement supérieur à la normale (12). Il vomissait et avait aussi la diarrhée. C'est donc ainsi que le médecin lui annonce d'être souffrant d'insuffisance rénale. Sans plus tarder, le médecin traitant le réfère au CHU pour des visites approfondies et début des séances de dialyse. Il déclare avoir fait 6 mois pour se rendre à l'hôpital car cette situation ressemblait à une affaire de sorcellerie. Mais bien après il déclare s'être rendu de lui-même pour le début du traitement par dialyse.
CHARLES (B)	43 ans	7 ans	Bonne tenue	Charles est ingénieur en médecine. En 1992, il avait attrapé une fièvre qu'il avait assimilée à une fièvre typhoïde. C'est alors qu'il s'était rendu dans une clinique. On lui avait prescrit des comprimés qu'il prenait mais malheureusement, sa situation tension artérielle s'est élevée et sa santé a gravement dégénéré. Conduit par sa mère à un autre hôpital, il

				est diagnostiqué insuffisant rénale chronique. Le diagnostic ne l'a pas persuadé, c'est pourquoi, il a refusé les dialyses pendant 2 ans. C'est après des menaces d'une infirmière qu'il a pris la décision de se faire dialyser. Il dit avoir accepté la maladie et son traitement. Il reconnaît les effets bénéfiques de la dialyse qu'il passe au CHU et a résolu de s'investir sur le suivi des soins.
MICHELLE (C)	45 ans	5 ans	Bonne tenue	Michelle est couturière. Tout avait commencé par une tension élevée. Elle était donc partie voir le cardiologue à l'hôpital central et après elle est référée au CHU. Elle dit qu'elle ne respirait pas bien, le cardiologue lui avait dit devant le néphrologue que c'était l'insuffisance rénale. Elle dit qu'elle n'avait pas accepté le diagnostic et était restée à la maison. Après lui avoir expliqué de quoi il était exactement question, elle a accepté d'aller en dialyse.
CLEMENT (D)	53 ans	6 ans	Passable	Clément est journaliste, il dit avoir au départ des problèmes de diurèse. Ses urines ne sortaient pas. C'est alors qu'il était parti voir un urologue à Ngaoundéré. Pendant qu'il y était, il est tombé dans le coma et avait été évacué urgemment à Yaoundé (CHU). Y étant, on lui annonce la maladie rénale. A l'époque, il dit ne pas savoir ce que c'est que l'insuffisance rénale et bien plus, la dialyse et ses contraintes.
ALEXANDRE (E)	54 ans	6 ans	Passable	Alexandre est entrepreneur. Il soupçonne la mauvaise nutrition à l'origine de ses ennuis de santé. Au départ, il ressentait trop de fatigue, les maux de tête, jusqu'à ce qu'un AVC est venu ouvrir la piste du soupçon d'une insuffisance rénale. Hypertendu, il s'était rendu tour à tour chez le cardiologue et le néphrologue à Douala et à Yaoundé. Le diagnostic d'insuffisance rénale a finalement été posé et le recours à la dialyse. Négligeant du traitement dans ses débuts, il a fini par comprendre l'intérêt de se faire dialyser.

3-4-1-2- Echelle de sélection des participants

D'entrée de jeu, on consultait les carnets médicaux des patients pour les identifier selon le critère d'âge et surtout le temps mis en dialyse. Ensuite, on les repérait physiquement et cherchait à être attentif et gentil envers eux bien avant le test pour susciter la convivialité. Nous avons utilisé l'échelle du stress ressenti de Cohen encore appelée le PSS ou Perceived Stress Scale. Le PSS fut créé en 1983 par Cohen et son équipe. Cette échelle adaptée de Cohen et Williamson est l'une des plus utilisée pour évaluer la perception du stress. Elle se base sur l'approche transactionnelle du stress afin d'appréhender les mécanismes psychocognitifs du sujet. Ses 10 items permettent de mesurer simplement et rapidement l'importance avec laquelle des situations de la vie sont perçues comme menaçantes, c'est-à-dire non prévisibles, incontrôlables et pénibles. En constituant des repères, elle permet d'amorcer une discussion sur le travail lors des visites médicales de santé au travail par exemple.

Pour calculer le score, il suffit de sommer les points alloués à chaque réponse. Si le score est inférieur à 21, c'est une personne qui sait gérer son stress. Elle sait s'adapter et il existe toujours en lui des solutions. Si son score est compris entre 21 et 26, la personne sait en général faire face au stress, mais il existe un certain nombre de situations qu'elle ne sait pas gérer. Elle est parfois animée d'un sentiment d'impuissance qui entraîne des perturbations émotionnelles. Elle peut sortir de ce sentiment d'impuissance en apprenant des méthodes de stratégies de changement. Si son score est supérieur à 27, la vie est une menace perpétuelle pour cette personne : elle a le sentiment de subir la plupart des situations et de ne pouvoir rien faire d'autre que de les subir. Ce fort sentiment d'impuissance lié à sa représentation de la vie peut la faire basculer dans la maladie ou augmenter sa souffrance. Un travail sur son schéma de pensée est souhaitable ainsi qu'un changement dans sa manière de réagir. Au final, sur les 8 patients éligibles pour le test, seuls cinq patients ont pu avoir le score souhaité (score ≤ 26) pour la suite de notre étude. Par la suite, nous les avons codifiées.

3-5- UTILISATION DE LA METHODE CLINIQUE DANS LE CADRE DE NOTRE TRAVAIL

Dans cette recherche, nous faisons usage de la méthode clinique dans ses deux niveaux complémentaires à savoir la clinique armée et la clinique à mains nues. Au premier niveau, nous faisons recours aux échelles. Il s'est agi notamment du PSS (Perceived Stress Scale). Ce premier niveau nous est utile dans la sélection des participants de notre étude. Si le premier niveau consiste à nous fournir des informations relatives à la sélection, le second vise à mieux

appréhender le phénomène étudié en comprenant l'individu lui-même. La méthode clinique servira à ce niveau à réaliser une étude approfondie et exhaustive du cas. Pour y parvenir, nous utiliserons l'entretien que nous décrirons avec plus de détails dans la section suivante.

3-6- INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES

3-6-1 Le guide d'entretien

L'entretien de recherche ou l'interview est une technique indiquée pour explorer les motivations profondes des individus et découvrir, à travers la singularité de chaque rencontre, des choses communes aux comportements des gens. Tel est le sens de ce que souligne Angers (1992, p. 141) lorsqu'il précise qu'« on vise de plus, par ce moyen, non seulement à établir des faits, mais à amener des informateurs à donner le pourquoi de leur comportement. On cherche à établir les significations données par des personnes aux situations qu'elles vivent ». Le clinicien-chercheur scripte, à travers l'entretien de recherche, la dimension intime du sujet. Cet outil est privilégié dans le cadre des rencontres avec quelques sujets en privé. Dès lors, on pourrait mettre en lumière les différents aspects de leur vie, principalement en ce qui concerne leur interprétation de la réalité, leur croyance, leur émotion et leur sentiment. Shahraoui (2021, p.181) précise à ce propos que « faire le choix de l'entretien clinique de recherche en psychologie clinique et psychopathologie participe d'un certain positionnement épistémologique qui considère que l'appréhension de l'expérience subjective est essentielle pour développer les connaissances dans ce domaine ». L'entretien de recherche se caractérise par plusieurs éléments. C'est avant tout une technique qui privilégie le contact direct. Ceci dit, le chercheur échange directement avec son sujet, sans intermédiaires. Cette technique peut être administrée aux sujets collectivement ou individuellement. Elle permet d'opérer à un prélèvement qualitatif du matériel fourni par le sujet en vue d'une analyse de contenu, en profondeur de ce matériel.

L'entretien de recherche ou l'interview est une technique indiquée pour explorer les motivations profondes des individus et découvrir, à travers la singularité de chaque rencontre, des choses communes aux comportements des gens. Tel est le sens de ce que souligne Angers (1992, p. 141) lorsqu'il précise qu'« on vise de plus, par ce moyen, non seulement à établir

des faits, mais à amener des informateurs à donner le pourquoi de leur comportement. On cherche à établir les significations données par des personnes aux situations qu'elles vivent ». Le clinicien-chercheur scripte, à travers l'entretien de recherche, la dimension intime du sujet. Cet outil est privilégié dans le cadre des rencontres avec quelques sujets en privé. Dès lors, on pourrait mettre en lumière les différents aspects de leur vie, principalement en ce qui concerne leur interprétation de la réalité, leur croyance, leur émotion et leur sentiment.

Chahraoui (2021, p.181) précise à ce propos que « faire le choix de l'entretien clinique de recherche en psychologie clinique et psychopathologie participe d'un certain positionnement épistémologique qui considère que l'appréhension de l'expérience subjective est essentielle pour développer les connaissances dans ce domaine ». L'entretien de recherche se caractérise par plusieurs éléments. C'est avant tout une technique qui privilégie le contact direct. Ceci dit, le chercheur échange directement avec son sujet, sans intermédiaires. Cette technique peut être administrée aux sujets collectivement ou individuellement. Elle permet d'opérer à un prélèvement qualitatif du matériel fourni par le sujet en vue d'une analyse de contenu en profondeur de ce matériel.

Selon Chahraoui (2021), dans ce type d'entretien, le clinicien-chercheur dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions soigneusement préparées qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Celles-ci ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais exprimées à un moment opportun de l'entretien, à la fin d'une association par exemple. Elle affirme que de même comme dans l'entretien non-directif, « le clinicien énonce la question, puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé ici c'est une trame à partir de laquelle l'interviewé va pouvoir dérouler son récit ».

De ce qui précède relativement à la présentation des différentes modalités de l'entretien clinique, nous optons dans le cadre de cette recherche pour un entretien semi-directif. Il est ici question de recueillir des données auprès des patients hémodialysés conformément aux centres d'intérêts prédéfinis dans le guide d'entretien. C'est dans cette optique que nous avons conçu le guide d'entretien présenté aux annexes du présent mémoire. Ce guide présente en fait les thèmes à aborder au cours des différents entretiens avec les sujets hémodialysé du CHU-Yaoundé.

Cette étude sur l'image du corps chez les sujets hémodialysés, à travers son objectif nous amène à l'utilisation de l'entretien clinique de recherche qui donne ainsi une place

prépondérante à la complexité et à la dynamique de l'expérience subjective vécue chez le sujet. A ce titre, il est considéré comme véritable partenaire pour cette étude. Il existe trois grandes modalités de l'entretien selon qu'on soit dans le cadre de la recherche ou dans celui de la clinique.

Nos entretiens ont eu lieu dans la plupart du temps sur le lit du patient se trouvant à la salle de machine à dialyse. Elle se faisait aussi à la salle d'attente ou bien au grand couloir du service d'hémodialyse du CHU-Yaoundé. Le service qui accueille les patients hémodialysés est un bloc d'un bâtiment en étage répartis en trois salles. L'une des salles est assez spacieuse et reçoit six machines. Les deux autres sont de dimensions moyennes avec chacune trois machines à dialyse. Il y'a également une salle d'attente des patients et un grand couloir où se trouvent un long banc et quelques chaises sur lesquels sont assis certains patients ou garde-malades. La rencontre avec le patient n'était pas conditionnée par un rendez-vous fixé à l'avance, sauf si le patient nous en imposait en raison de la fatigue, de son humeur ou de son emploi de temps. Cependant, la plupart des patients étant ravis de rencontrer, pour certains, et pour la première fois, un psychologue ou un aidant d'un autre genre, prêt à les écouter, à leur accorder du temps, nous accueillait à bras ouvert. Nous accordions un entretien par jour soit un par sujet. Muni de notre formulaire du consentement éclairé que nous leur avions tour à tour fait lire ou écouté, nous présentions les raisons qui motivaient cette rencontre et l'objectif de notre recherche.

3-6-2- Le déroulement éthique des entretiens

La recherche en sciences sociales et humaines a ceci de particulier qu'elle porte sur des êtres humains, avec tout ce que cela peut comporter d'incidence sur leur vie, leurs droits et leur dignité. Il est donc indispensable pour l'étudiant chercheur d'encadrer ses habiletés techniques par un certain nombre de règles déontologiques. Les sujets ont été informés de la nature de la recherche, des buts poursuivis et de l'utilisation des résultats. Les participants étaient entièrement libres d'accepter ou de refuser de participer à la recherche et ce, sans aucune conséquence. Une formule de consentement à participer à la recherche et à l'enregistrement des entretiens fut signée par chaque sujet.

De plus, le contenu des entretiens est resté anonyme et confidentiel. Les participants ont été avisées que ce qu'ils raconteraient lors des entretiens ne serait pas transmis, ni divulguer, ces informations resteront confidentiels. Nous sommes conscients qu'explorant le

vécu traumatique du patient, ce dernier sera toujours confronté à l'idée de la chronicité, des contraintes thérapeutiques et surtout à l'irréversibilité de son état. En plus de cela et partant du fait que les représentations sociales de la maladie rénale au stade de l'hémodialyse renvoient à l'idée de mort, nous avons tenu à ne pas trop entraîner le sujet dans des échanges qui l'enfoncent dans le désespoir privilégiant davantage des aspects qui valorisent la vie. C'est donc à juste titre que l'utilisation de l'entretien dans cette étude leur a permis de participer à une recherche qui s'intéresse à leur réalité selon leur propre perspective.

Nous retenons de ce cadre méthodologique que nous avons fait usage de la méthode clinique. Nous nous sommes principalement basé sur l'étude de cas. Cette méthode a été choisie par sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. La recherche qualitative qui a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication, a été notre type de recherche. Après l'élaboration du guide d'entretien, les données ont été collectées au travers des entretiens semi-directifs. La technique d'analyse de contenu des entretiens axée sur le repérage des thèmes significatifs a été utilisée pour l'analyse des résultats.

3-6-3- Nos attitudes et techniques pendant les séances d'entretien

Tout au long des différents entretiens avec les cinq cas retenus, nous nous efforcions de respecter des techniques et attitudes nécessaires à la mise à l'aise du sujet. Nous avons respecté autant que faire se peut des attitudes propices à la mise à l'aise de nos cas au cours des séances d'entretien. La dialyse étant très souvent une preuve non seulement stressante mais éreintante, nous tenions compte de cet aspect en évitant de convier le sujet à l'échange après la dialyse. Très souvent, chez certains patients, la fin de la dialyse apparaît comme un exploit, une victoire contre l'hostilité de cette épreuve. Ce moment était donc mal indiqué pour un entretien car il risquerait de les ramener à repenser à leur souffrance.

A la fin de la dialyse, les patients sont fiers, ils pavoisent et se sentent libérés. Nous nous sommes abstenus d'imposer une manière de penser, de sentir et d'agir au sujet tout au long de l'entretien. Ainsi, à partir des inductions faites au sujet relativement aux différents centres d'intérêt du guide, nous nous efforcions d'accepter sans juger les données fournies par le sujet. Il nous arrivait parfois de faire des clarifications, des relances pour avoir plus d'informations sur un centre d'intérêts donnés. Pendant ces entretiens, nous étions par moments amené à restituer au sujet sous forme d'un résumé en une phrase la pensée exprimée

afin de nous rassurer de l'authenticité de cette dernière. Nous manifestions notre écoute au sujet entre autres par des relances et des gestes comme le hochement de tête et le silence au cours de sa verbalisation. Il faut ici souligner que nous avons eu avec chaque cas de l'étude une séance d'entretien et ce, compte tenu de la disponibilité de ces cas. Toutefois, lorsque nous réalisons que certains aspects du guide d'entretien n'ont pas suffisamment ou pas du tout été abordés, nous abordions amicalement notre patient à une autre occasion et l'invitions à s'exprimer particulièrement sur cette question. Toutes ces attitudes nous ont permis d'obtenir des données contenues dans les corpus d'entretien situés aux annexes de ce mémoire, données traités à travers une analyse de contenu.

3-7- TECHNIQUES D'ANALYSE DES DONNEES

Cette rubrique du chapitre présente l'instrument utilisé pour l'analyse des données et son application. Elle traite du choix de l'instrument, de l'exploitation du matériel, du traitement et de l'interprétation des résultats d'analyse.

3-7-1 – Analyse des résultats : l'analyse de contenu

Selon Castillo (2021, p. 236), « L'analyse de contenu conjoint deux mouvements opposés : la description comme mouvement de fractionnement (catégorisation et classification), l'analyse comme mouvement de rassemblement (synthèse et généralisation) ». Le but poursuivi durant cette phase centrale d'une analyse de contenu consiste à appliquer au corpus de données, des traitements autorisant l'accès à une signification différente répondant à la problématique mais ne dénaturant pas le contenu initial (Robert et Bouillaguet, 1997). Cette phase consiste surtout à procéder aux opérations de codage, décompte ou énumération en fonction des consignes préalablement formulées. A ce titre, l'opération de catégorisation consiste en l'élaboration ou en l'application d'une grille de catégories, c'est-à-dire des rubriques rassemblant des éléments ayant des caractères communs sous un titre générique, et en la classification des données du corpus dans celles-ci (Bardin, 1977). Il s'agit donc de la classification d'éléments constitutifs d'un ensemble par différenciation puis regroupement par genre (analogie) d'après des critères définis afin de fournir, par condensation, une représentation simplifiée des données brutes (Bardin, 1977).

Enfin, Castillo (2021, p. 235) pense que l'analyse de contenu « propose des pistes de réflexion et de discussion plutôt que des explications clé en main ». A travers ce point de vue, elle recommande l'exercice du doute en rappelant que « le doute est comme la conscience de

morale connaissance ». Ainsi, l'analyse de contenu des informations brutes collectées à partir des séances d'entretien se déroulera conformément aux principes retenus dans le tableau suivant :

Tableau 5 : Tableau de synthèse des étapes de l'analyse de contenu selon Castillo (2021)

	Etapes	Principes	Techniques
Description du corpus	Retranscription	Fidélité	Mot à mot
	Première lecture	Repérage	Surlignage
	Catégorisation	Significativité Neutralité Différentiation Homogénéité Exhaustivité	Découpage du corpus en thèmes et sous thèmes
	Classification	Indexation des énoncés dans les catégories	Couper-coller
Analyse du corpus	Analyse	Interprétation Généralisation Théorisation	Analyse globale Recherche de similitudes ou de différences dans les réponses Appui sur les citations du corpus

Pour procéder à cette analyse, nous avons construit des grilles d'analyse. Il s'agit ici de ce que les auteurs appellent un examen de type classificatoire. Les grilles d'analyse sont élaborées en fonction de la visée théorique qui a déterminé les consignes de recueil des données. En effet, d'une part, le canevas établi pour l'enquête nous fournit à priori les thèmes principaux, d'autre part, le travail d'inventaire nous donne des catégories à postériori. Le

choix de ces catégories qui obéit à certaines règles techniques d'exclusion mutuelle, de pertinence, d'homogénéité et d'efficacité, est le fait du chercheur (...). Il faut donc établir des catégories descriptives renvoyant à des variables du texte exclusives les unes des autres, qui découpent et organisent le discours » (Poirier, Clapier-Valladon & Raybaut, 1996, p. 165).

Concrètement, ces auteurs proposent de procéder avec une colle et des ciseaux afin d'avoir toujours les fragments du texte sous les yeux et de pouvoir ainsi changer les fragments de catégories sans devoir revenir au texte d'origine. C'est donc ainsi que nous avons procédé, sauf que nos actions de couper et coller se sont faites de manière informatique avec le logiciel Word, chose peu répandue et guère possible en 1983, date de la première publication de l'ouvrage auquel nous nous référons. Cette coexistence de catégories construites à priori et à posteriori nous a parue intéressante pour conjuguer rigueur et créativité, vérification et exploration. En effet, sur le plan de la rigueur, les catégories à priori conduisent à un recensement systématique suivant le plan de l'entretien alors que les catégories à posteriori permettent dans une perspective plus exploratoire, de découvrir d'autres significations, parfois imprévues, qui éclairent le matériel.

Pour la présente étude, nous avons opté pour une analyse en deux grandes étapes.

La première étape de l'analyse consistera en une analyse horizontale des discours. Cette dernière traitera sémantiquement chaque thème en relevant les différentes formes sous lesquelles il apparaît dans le discours des sujets. Chaque thème fera ainsi l'objet d'une évaluation à partir du matériel fourni par chaque sujet. Dans le cas des traitements dits « sémantiques » en effet, l'analyse est conduite à la main, selon la démarche de l'analyse de contenu. Par approximations successives, elle étudie le sens des idées émises ou des mots.

Le deuxième et dernier temps fort de l'analyse de contenu consiste en la présentation d'une synthèse d'analyse. C'est aussi le stade synthétique qui étudie les idées clés et les catégories centrales. L'objectif ici est de sélectionner les dimensions clés en réduisant la masse d'informations (les sous-catégories), en reliant le particulier au général, en fusionnant les variables qui ont des différences de forme, en organisant les données de base et en les décomposant. Ce choix est motivé par le désir de mieux saisir le contenu latent des données produites par les sujets de cette étude. Le sens des mots est déduit des relations intuitives avec le contexte. L'analyse de la signification de chaque mot est appréciée dans les phrases où il se trouve. La lecture et les annotations sont conduites selon un processus de navigation lexicale. Les allées et retours au texte permettent d'apprécier l'environnement lexical immédiat. Le

sens est établi à partir des réponses complètes des enquêtes et de la situation réelle d'utilisation. C'est la raison pour laquelle nous avons construit une grille d'analyse après la lecture des entretiens.

Après avoir bien examiné les différents corpus d'entretiens, nous avons monté une grille d'analyse pour mieux les saisir. Cette grille se présente comme suit :

Tableau 6 : Tableau des unités d'analyse

Thèmes	Sous- thème	Unités d'analyse
la croyance au fétiche	Union narcissique avec la machine à dialyse ou autre objet fétiche	Union narcissique avec la machine et image du corps
	Personnalisation de la machine à dialyse	Personnalisation de la machine à dialyse et image du corps
	Croyance aux faits religieux (miracles)	Croyance aux faits religieux et image du corps
la croyance à la force de sa personnalité	Croyance à son autoefficacité	Croyance à son autoefficacité et image du corps
	Intellectualisation de la maladie	Intellectualisation de la maladie et image du corps
	Incorporation de la maladie et du contexte des soins	Incorporation de la maladie et du contexte des soins et image du corps
la croyance à la force de la médecine	Projection au miracle scientifique	Projection au miracle scientifique et image du corps
	Identification aux normes thérapeutiques	Identification aux normes thérapeutiques et image du corps

	Vigilance	Vigilance et image du corps
--	-----------	-----------------------------

La technique d'analyse de données retenue dans le cadre de cette recherche est l'analyse de contenu. L'analyse de contenu est selon Bouloudnine (2011) cité par Castillo (2021, p. 219) « une méthode de description systématique et d'analyse des données verbales dont l'objectif est de rendre compte de l'expérience interne du sujet ». Elle permet, selon Ndje Ndje (2013), de définir des catégories thématiques et formelles pertinentes pour la vérification de l'hypothèse et de coder un discours, un texte, une peinture, des interactions sociales en groupe à partir de ces catégories. Elle est définie par Aktouf (1987) comme une technique d'étude détaillée des contenus de documents. La procédure, souligne Bardin (1977) comprend généralement la transformation d'un discours oral en texte, puis la construction d'un instrument d'analyse pour étudier la signification des propos. Ensuite, il y a l'intervention d'un chargé d'étude pour utiliser l'instrument d'analyse et décoder ce qui a été dit. Enfin, l'analyse établit le sens du discours.

Castillo (2021, p. 219) est encore plus pertinente lorsqu'elle affirme que « l'analyse de contenu se situe dans une démarche de compréhension plutôt que d'évaluation des phénomènes étudiés, elle part de l'expérience des sujets pour la théoriser ». Ainsi l'analyse de contenu permet de rendre public les expériences subjectives des sujets en les confrontant aux énoncés généraux existants et en formulant des hypothèses pouvant faire l'objet d'autres recherches. Elle permet de comprendre avec les lunettes scientifiques le discours subjectif produit par un individu. La finalité d'une analyse de contenu est de dégager, à partir d'un document, d'un corpus d'entretien, les significations, associations, intentions non directement perceptibles à la simple lecture des documents. L'analyse de contenu est dans ce sens « une technique de recherche servant à la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste des communications » (De Bonville, 2000, p. 9). En d'autres termes, l'analyse de contenu permet de retracer, de quantifier, voire d'évaluer, les idées ou les sujets présents dans un ensemble de documents: le corpus.

On comprend dès lors que la question première dans le cas d'une analyse de contenu est celle des univers que le sujet veut communiquer, c'est-à-dire du monde qu'il met en scène par le langage (Ghiglione et Landre, 1995). Souvent les difficultés sont de rassembler des informations ambiguës, incomplètes, et contradictoires, d'interpréter les similitudes et les différences entre les répondants et de parvenir à une analyse objective.

3-7-2- L'analyse thématique

Par analyse thématique, on entend « une recherche méthodologique des unités de sens par l'intermédiaire des propos tenus par les narrateurs relativement à des thèmes » (Poirier, Clapier-Valladon & Raybaut, 1996, p. 215). Cette analyse thématique permet l'analyse qualitative de données par « la sélection et l'organisation rationnelles des catégories condensant le contenu essentiel d'un texte donné (Kraukauer, 1958, cité par Poirier & al., p.243).

Dans ce travail, nous avons opté pour une analyse de contenu thématique au cas par cas afin de dégager les différentes structures caractéristiques qui nous permettront de saisir chaque cas dans sa globalité et sa singularité. En effet, le codage explore ligne par ligne, étape par étape, les textes d'interview ou d'observations. Il décrit, classe et transforme les données qualitatives brutes en fonction de la grille d'analyse. Dans notre étude, nous avons utilisé un système de codage fermé, une procédure close et fermée dans laquelle la grille d'analyse est prédéfinie avant l'étude. Ce système admet au préalable qu'une grille d'analyse soit construite. Elle est composée de critères et d'indicateurs que l'on appelle les catégories d'analyse. Leurs choix peuvent être établis d'après des informations recueillies ou être déterminés à l'avance en fonction des objectifs d'étude. Ici, les données ont été utilisées pour tester la validité des idées selon une démarche déductive de traduction des données.

Notre recherche qualitative a été réalisée auprès de quatre (04) sujets adultes sur la base d'un entretien semi-directif. Les informations recueillies durant les entretiens ont été traitées par méthode de l'analyse thématique de contenu de Paillé & Mucchielli (2012). Cette démarche est systématisée par Albarello (2003) en quatre moments :

1. « Inventorier, dans le matériau sous observation, les unités de sens qui, autour du propos analysé, semblent s'appeler les unes les autres.
2. Repérer les dispositions élémentaires au sein desquelles chacune de ces unités acquiert son sens propre en se séparant de ce qu'elle n'est pas (qu'est ce qui est contre défini par rapport à quoi ? Qu'est ce qui est l'inverse de quoi ? Quels sont les couples de contre définitions ? »).
3. Vérifier les associations entre unités ou termes d'un couple de contre définitions à l'autre (« qu'est ce qui est associé à quoi ? Qu'est ce qui du même côté de quoi ? »).
4. Ce faisant, « en remontant les filières », dégager le graphe de la structure globale qui constitue et distribue l'ensemble des unités selon un modèle particulier, quoi fait le

sens du segment de matériau observé et qui également esquisse le modèle culturel concerné » (Hiernaux cité par Albarello, 2003, p. 84).

Le modèle théorique exposé aux chapitres 1 et 2 ainsi que l'opérationnalisation des variables, a permis de formuler les indicateurs et indices qui nous permettent de regrouper les fragments du contenu suivant une organisation structurale. A partir de là, notre démarche est de dégager le sens des informations collectées, les rendre communicables afin de rendre intelligibles les faits qui étaient entremêlés dans la situation à la fois complexe et riche, mais où la lecture n'était pas possible à priori.

Comme donc technique d'analyse de nos données, nous avons fait appel à la grille d'analyse des éléments du discours des participants. La cotation de grille d'analyse est déterminée par la symptomatologie du sujet, c'est-à-dire (le comportement, le discours, attitude et sensation corporelle) au cours de l'entretien. Cette cotation a permis de faire ressortir le retentissement du vécu traumatique du sujet sur sa capacité de symbolisation.

Au cours de cette enquête, quatre (5) sujets sur huit (8) ont fait l'objet d'une observation rigoureuse pendant les entretiens individuels. La séance d'entretien faisait l'objet d'une évaluation du profil du sujet. L'importance de la grille d'analyse est qu'elle venait pallier un manque en permettant l'exploration d'un domaine très peu exploré jusqu'à récemment qu'est : la négativité psychique

3-8- GRILLE D'ANALYSE DES ELEMENTS DU DISCOURS

Après identification des éléments du discours des participants, cette partie se charge de la codification des thèmes saillants afin de faciliter une analyse de contenu thématique en continue telle qu'énoncé plus haut. Les lettres de l'alphabet français (**A, B, C, D**) utilisé en majuscule codifient les thèmes que nous avons dans le guide d'entretien de la recherche. Les mêmes lettres en minuscule (**a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l**) représentent les sous-thèmes encore appelés dimensions du discours. Les signes de l'addition utilisés marquent les occurrences de chaque dimension du discours chez chaque participant pour faciliter le contrôle de l'effet de saturation.

Tableau 7 : Analyse des éléments du discours

	THEMES	CODE	SOUS-THEMES	CODE	OBSERVATION			
					(0)	(+)	(-)	(+/-)
	la croyance au fétiche	A	Union narcissique avec la machine à dialyse ou autre objet fétiche	a				
			Personnalisation de la machine à dialyse	b				
			Croyance aux faits religieux (miracles)	c				
	la force de sa personnalité	B	Croyance à son autoefficacité	d				
			Intellectualisation de la maladie	e				
			Incorporation de la maladie et du contexte des soins	f				
	la croyance à la force de la médecine	C	Projection au miracle scientifique	g				
			Identification aux normes thérapeutiques	h				
			Vigilance	i				
	Image du corps	D	Estime de soi	j				
			Reconstruction de l'intimité et du plaisir perdu	k				
			Entretenir la vie sociale	l				

Légende :(0) = absent ; (+) = présent ; (-) = présent au sens négatif ; (+/-) = dou

3-9- TECHNIQUE DE DEPOUILLEMENT ET INTERPRETATION DES RESULTATS D'ANALYSE

En clinique, l'interprétation porte sur les résultats qui sont ensuite comparés à la théorie. Il est question pour le chercheur à ce niveau de dire comment il comprend ce qu'il a trouvé dans les entretiens au regard des théories utilisées tout au long de sa recherche. L'interprétation des résultats consiste à « prendre appui sur les éléments mis au jour par la catégorisation pour fonder une lecture à la fois originale et objective du corpus étudié » (Robert et Bouillaguet, 1997, p. 31).

L'interprétation est simplement une lecture théorique des résultats obtenus à l'issu d'une recherche. Ainsi, il est question pour le chercheur, de montrer son aptitude personnelle à induire une réflexion et une pratique cliniques à partir des éléments collectés (à travers le test, l'observation et/ou l'entretien). Dans le cadre de cette étude, il revient de confronter les résultats des analyses des verbatim des mères-adolescentes sur le vécu de la grossesse et les théories préalablement présentées dans le cadre théorique. Cet exercice a pour but d'observer une convergence ou une divergence entre la théorie et le vécu des sujets sur le terrain.

CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES DE L'ÉTUDE

Si le chapitre précédent a permis de définir la méthodologie utilisée pour cette recherche, cette partie du travail sera consacrée à la présentation et à l'analyse des données collectées sur le terrain. Le chapitre est constitué en effet, d'une analyse exclusive de ces données conformément aux catégories d'analyse définies et selon chaque cas rencontré.

4-1- PRESENTATION DES PARTICIPANTS DE L'ETUDE

La procédure de collecte des données sur le terrain nous a permis de relever cinq discours issus de l'expérience subjective vécue par les sujets hémodialysés du CHU-Yaoundé. Les différents corpus d'entretien se trouvent aux annexes de ce mémoire.

4-1-1- M. A (Arnold)

M. A est un adulte âgé de 35 ans. Il réside à Yaoundé dans la localité de Meyo. C'est avec un grand plaisir qu'il nous accorde de son temps donnant l'impression qu'il sait déjà à l'avance ce que nous voulons. Il nous déclare qu'il se porte bien. C'est avec l'air décontracté qu'il nous informe qu'il est conseiller financier en assurance. **M. A** vit avec sa femme et ses enfants. De corpulence au-dessus de la moyenne, il aime bien se faire voir. Il aime le contact et les échanges. **M. A** avait commencé ses dialyses en 2019 au CHU de Yaoundé. Au début de ses soucis de santé, il dit qu'il avait constaté que sa vue n'était plus claire. C'est alors qu'il s'était rendu à l'hôpital d'Efoulan où il a été observé que sa tension mesurait 20 ; ce qui est largement au-dessus de la normale (12). Il vomissait et avait aussi la diarrhée. L'infirmier avait donc demandé qu'on l'interne. Ce faisant, on lui avait prescrit des remèdes pouvant l'aider à améliorer son mal des yeux et sa tension. Au regard de son état qui ne s'améliorait pas, il est référé urgemment au CHU pour des examens approfondis d'où il a été également confirmé qu'il souffre d'insuffisance rénale parvenu au stade de suppléance. Les prises de dialyse lui ont donc été recommandées.

Rendu auprès de sa maman, celle-ci a nié le diagnostic, attribuant cette souffrance à une manifestation de la sorcellerie. Cependant, son oncle les a persuadés en leur expliquant qu'il s'agit d'une réalité sanitaire reconnue par le milieu médical, et qu'effectivement le rein ne fonctionne plus. **M. A** dit qu'il a fait 6 mois à la maison sans venir à l'hôpital. Mais bien

après et au regard de la persistance de ses ennuis de santé, il s'est rendu de lui-même à l'hôpital et a commencé ses dialyses.

M. A est un homme fier de lui, il garde une bonne tenue vestimentaire, il aime la veste. Quand il arrive à l'hôpital, il fait savoir à tout le monde qu'il est là. Il est ostentatoire et aime les intrigues. Quand il vient en dialyse, il porte toujours sa mallette, faisant savoir que son programme de la journée est surchargé et qu'après la dialyse, il a des choses à faire. Même si sa séance est retardée, il trouve toujours un moyen de s'occuper soit par un échange ou une visite quelque part en attendant son tour de dialyse. Malgré les critiques qu'il formule sur le service de dialyse, il fait confiance au traitement dont il reconnaît les effets bénéfiques. **M. A** minimise les aspects négatifs de la dialyse au Cameroun (panne de machine, problème d'eau, rupture de kit, etc.) et valorise les aspects positifs. **M. A** prend plaisir à se faire des photos (selfies) sur le lit de la dialyse et n'hésite pas à les envoyer à ses proches, décrivant fièrement ce qu'il fait. Sur le lit de la dialyse, il donne rendez-vous à ses amis leur faisant savoir qu'il arrive dès qu'il se libère. Il dit que la dialyse ne lui empêche pas de faire ce qu'il veut et que la maladie est dans la tête. Il dit que la maladie ne suscite en lui aucune perception. Il déclare avoir aidé beaucoup de gens quand il travaillait. Si donc il est malade aujourd'hui, sa femme infirmière de son état, ses enfants lui suffisent. Il nous fait savoir que malgré les maux de poche, il tient le coup. Interrogé sur son enfance, il déclare qu'il a eu une bonne enfance. Il ne manque pas les séances de dialyse, sauf au cas où il n'a pas d'argent. **M. A** dit entretenir des projets, il souhaite se marier et se construire une maison.

4-1-2- M. B (Charles)

M. B est un homme adulte de 43 ans. Il est Ingénieur en médecine et réside à Yaoundé plus précisément au quartier Obili. Il affiche une allure sereine avec une bonne tenue vestimentaire. Il est marié et père de trois enfants. C'est depuis 2016 qu'il suit ses dialyses au CHU. Il déclare qu'il se sent mieux malgré les petits bobos que tout le monde peut ressentir au réveil du matin. Il relate que c'est en 1992 qu'une fièvre typhoïde l'avait contraint de se rendre à un hôpital de la place dont il préfère taire le nom. On lui avait prescrit des comprimés qui seraient à l'origine de ses problèmes de santé aujourd'hui. La tension avait augmenté considérablement et dès lors, il avait arrêté de prendre ce remède. Il conclut que sa souffrance serait donc due à une erreur médicale. Ayant constaté que ça n'allait pas, il avait été conduit à un autre hôpital par sa mère en 1992 où il a été diagnostiqué une insuffisance rénale au stade

de suppléance. Choqué par cette triste nouvelle, il est resté dans le doute et en 2015, il s'écroule et est conduit urgemment à l'hôpital central de Yaoundé qui, à son tour le transfère au CHU pour rencontrer le spécialiste, le Pr KAZE, néphrologue. Il déclare avoir refusé la dialyse pendant deux ans car il avait espoir que sa situation changerait. Il ne mangeait plus normalement, il était devenu pâle. Il dit qu'il était la pièce maîtresse chez lui et que cette situation voulait le dévaloriser. Il dit qu'il a un état de service considérable surtout à l'université où il a réalisé plusieurs œuvres universitaires.

Dans son entêtement contre le traitement, une jeune infirmière lui a durci le ton en lui signalant les dangers qu'il encourt en négligeant la dialyse. C'est alors qu'il a accepté le traitement. Il dit qu'il avait des amis médecins qui le suivaient 24H/24 et n'avait plus peur d'aborder des questions se rapportant à sa souffrance ou au traitement. Il ajoute qu'en 2017, lorsqu'il se mariait, il n'était pas en bonne santé, voilà pourquoi toute une ambulance avait été affrétée pour la circonstance ; tout le monde savait qu'il était mourant. Il trouve que le Cameroun a encore beaucoup à faire sur le plan de la prise en charge de cette pathologie : les coûts sont très élevés. Il déclare que même en Europe où il regrette de s'être rendu, il existe aussi des problèmes dans la prise en charge : grèves des malades, rupture de kit, etc. Bref, il accuse de part et d'autres les problèmes de gestion de stock. Dès lors, il a décidé de prendre son traitement au sérieux.

Interrogé sur le rapport à lui-même, il déclare qu'il a longtemps été directeur à l'université, ce qui prouve sa vitalité. Il est malade, mais il ne donne pas l'impression de l'être, il doit prouver qu'il est à la hauteur de ses responsabilités. Avant la maladie, il pesait 115kg, après il avait maigrit et s'était retrouvé à 50kg. Aujourd'hui, il est remonté à 84kg, ce qui le remet encore plus dans l'espoir. Il dit qu'il essaie de vivre comme tout le monde en respectant les consignes médicales. Il a des responsabilités et il doit les assumer. Il investit sur sa santé car on lui aurait dit que tant qu'on est jeune il est bénéfique de faire ses dialyses, or ses collègues malades ne les supportent pas. Il dit qu'il dort bien. Quand il sait qu'il va faire la dialyse, il s'arrange à être content. Il est sociable et trouve bonne, l'ambiance entre les malades et les soignants car ils forment désormais une famille. Il dit entretenir avec sa famille le projet d'une transplantation rénale à l'étranger et pense devoir son existence grâce à sa femme qui ne l'a jamais abandonné. Pour l'avenir, il reste confiant, optimiste et espère que les nouvelles mesures prises par l'Etat sur la prise en charge de cette pathologie soient rapidement appliquées.

4-1-3- Mlle C (Michelle)

Mlle C est une femme, couturière âgée de 45 ans habitant à Yaoundé au quartier Nkolndongo. Elle est croyante et vit avec sa progéniture depuis qu'elle s'est séparée de son conjoint. Elle nous déclare qu'elle se porte bien. Elle affiche régulièrement une bonne tenue. C'est en 2019 qu'elle avait observé les premiers symptômes de son mal. Elle ne respirait plus bien, raison pour laquelle elle s'était rendue à l'hôpital central de Yaoundé rencontrer le cardiologue. Elle était hypertendue. Après examen, le cardiologue lui avait dit devant le néphrologue qu'elle souffre d'insuffisance rénale, ce qui nécessite déjà une suppléance. Elle déclare avoir refusé le diagnostic, voilà pourquoi elle était restée à la maison. Après avoir reçu des explications sur la maladie et son traitement, elle a accepté. Elle dit avoir pris cela comme le palu qui se soigne avec l'Effergal. Elle trouve que la machine à dialyse est un allié fort qui lui permet de se maintenir. A la veille d'une séance de dialyse, elle prie son Dieu pour que ça se passe bien, voilà pourquoi elle ne se gêne pas en se rendant à l'hôpital. Au début de ses dialyses, elle déclare qu'elle avait peur des machines et se demandait ce qu'elles peuvent provoquer dans l'organisme. Elle dit qu'elle arrive à faire de petits travaux à la maison, mais la fistule sur son bras la limite dans son élan. Elle dit qu'elle dort suffisamment et qu'elle rêve normalement. Interrogée sur le rapport à son corps, elle reconnaît que sa silhouette a changé, mais n'a pas changé son amour pour elle-même. Elle s'aime beaucoup et la maladie ne doit pas l'empêcher de vivre. Elle a un miroir et sait se faire belle. Elle accuse ses collègues d'avoir un moral faible vis-à-vis de la maladie. Elle dit ne pas recevoir de soutien de la grande famille, mais avec ses proches ça va. Elle dit avoir mis un stop sur les relations amoureuses et elle vit sa vie surtout que la maladie n'est pas écrite sur son front. Ses enfants lui suffisent et le seul projet qu'elle a c'est de les élever et les voir réussir. Elle se projette vers l'avenir en espérant qu'un remède plus efficace soit trouvé.

4-1-4- M. D (Clément)

M. D est un homme adulte âgé de 53 ans d'allure simplifiée. **M. D** habite le quartier Essos et fait ses dialyses à Maroua. De passage à Yaoundé, il s'est fait dialysé au CHU. **M. D** est journaliste, marié et père d'enfants. Il est croyant et suit ses dialyses depuis 2017. Il nous déclare qu'il se porte bien quand il suit normalement ses dialyses. Tout avait commencé par un souci de diurèse, les pipis ne sortaient plus. Il était donc allé rencontrer un urologue dans un hôpital à Ngaoundéré qui a signalé la piste d'une insuffisance rénale. Pendant qu'il y était,

il est tombé dans le coma et par la suite évacué de toute urgence dans un hôpital à Yaoundé. Seulement, son insuffisance rénale a été dénichée au stade aigue. Ce qui l'a remis dans l'espoir. Mais malheureusement, il a finalement basculé à la chronicité. **M. D** dit qu'il était surpris qu'on lui parle d'une telle maladie dont il n'avait aucune idée encore moins le mode de traitement. Il déplore les difficultés d'ordre matériel et surtout ce qui en est des machines à dialyse qui sont soit insuffisantes soit inopérantes au regard du nombre de patients qui en sollicitent. **M. D** trouve que le traitement est très contraignant. Il déclare que ce n'est pas la maladie qui est le problème, mais plutôt tout ce qui tourne autour de la maladie : l'alimentation, les contraintes, les pertes de temps, les représentations, etc. Il reconnaît les bienfaits de la dialyse. La machine est son allié, un personnel soignant, elle est même spirituelle, elle est avec lui. Elle partage mon intimité avec lui, elle le connaît bien. Il prie que le Très Haut de protéger ces machines pour qu'elles fonctionnent toujours à merveille. Il dit qu'il s'est donné une philosophie, c'est-à-dire accepter la maladie, vivre avec. En plus, Il trouve que la maladie ne doit pas bloquer ses activités. L'hémodialyse s'arrête à l'hôpital. Il déclare que la dialyse ne le hante pas, et qu'il a un bon sommeil. Il dit avoir une bonne image de lui-même, et c'est cette image que ses proches amis gardent de lui, c'est-à-dire **M. D** qu'on connaît d'habitude. Il dit que ses problèmes de santé ont toujours été personnels et pour sa petite famille. Il dit avoir des convictions personnelles et qu'en tant que successeur de son père, il ne peut pas se laisser influencer par la maladie. Il déclare que le jour qu'il doit passer sa dialyse, il se prépare dès la maison, et que la maladie c'est dans la tête. Quoiqu'il reconnaisse les bienfaits de la dialyse, il reconnaît qu'il a perdu de sa force physique. Il dit avoir fait du bien aux gens dans la grande famille, ceci se reflète à travers sa désignation comme successeur de son père. Son épouse et tous ses enfants sont autour de lui, il en est tout fier. Il trouve que c'est formidable. Larmes.

4-1-5- M. E (Alexandre)

M. E est un homme adulte de 54 ans. Il est croyant traditionnaliste. Il est célibataire vivant avec son enfant et réside au quartier Ngousso à Yaoundé. Il déclare être un entrepreneur. Il suit ses dialyses depuis 2017. Il dit qu'il se porte bien lorsqu'il fait bien ses dialyses. **M.E** est hypertendu et soupçonne la mauvaise nutrition à l'origine de la survenue de cette maladie. Au début de ses soucis, il raconte qu'il était toujours fatigué, avec des maux de tête jusqu'à ce qu'un AVC est venu ouvrir la piste du soupçon de l'insuffisance rénale. Sur les conseils du cardiologue œuvrant à Douala, il s'était rapproché d'un néphrologue qui avait fini

par confirmer son insuffisance rénale au stade de suppléance. Au départ il dit qu'il avait négligé les remèdes qu'on lui prescrivait et se plaisait seulement dans ses activités. Interrogé sur la gravité de la maladie, il dit prendre ça comme ça. Ce n'est que la perte de temps et la fatigue que cette situation lui cause qu'il déplore. Il reconnaît les bienfaits de la dialyse et trouve que ces machines constituent leur vie. Il dit avoir développé une routine sur ce traitement au point qu'il se prépare à la maison avant de venir se faire dialyser. Il visionne beaucoup et quand l'heure de dialyse s'approche, son sommeil se coupe. Il dit que malgré qu'il se sente diminué, il a le moral. Quand il travaillait, il était très côtoyé par sa famille, maintenant tout le monde s'est retiré. C'est plutôt des personnes extérieures qui l'aident. Il a donc compris qu'il doit se battre car la vie c'est d'abord soi-même. Il me confie que pour résister à la maladie, il faut l'accepter, et surtout refuser de regarder ce que les gens font autour de soi. **M. E** dit aimer son corps, d'ailleurs au moment de l'interroger sur cette question, il s'est relevé avec défiance de son lit de dialyse pour me le faire savoir et pour finalement lâcher : j'aime mon corps. Il dit avoir repris son poids, ce qui le met en confiance. Il dit que le seul projet qui lui reste c'est avoir une jeune femme honnête. Il dénonce l'idée que les malades se font à l'hôpital c'est dire l'idée de la mort.

4-2- ANALYSE DES DONNEES

Le traumatisme psychique occasionné par l'insuffisance rénale et les prises de dialyse confronte le sujet à une véritable menace existentielle. Le sujet est confronté à l'idée de sa mort imminente au regard des énoncés de la maladie et des tracasseries de sa prise en charge. Seulement, ce sentiment de mort proche ou imminente n'est pas la chose la mieux partagée parmi les patients. Ceux qui résistent le plus à la dialyse semblent mettre en œuvre divers mécanismes psychiques associés aux des comportements particuliers susceptibles de les maintenir assez longtemps en vie malgré les multiples pertes et menaces constantes dues à cette prise en charge. Dans la plupart du temps, une infime minorité de sujets semblent faire recours à une absence de névrosisme adossée à la croyance au fétiche, une extraversion adossée à la croyance à la force de la personnalité et une conscience aiguisée adossée à la croyance à la force de la médecine.

4-2-1 L'absence de névrosisme adossée à la croyance au fétiche

La souffrance psychique en hémodialyse peut être atténuée dans le gain narcissique obtenu auprès des objets qui occupent l'univers quotidien du sujet. C'est le cas de machine à

dialyse dont l'effet bénéfique reconnu sur la santé du patient est devenu un pôle d'investissement. La machine a une puissance, elle revitalise le patient et lui permet de se maintenir dans le créneau des vivants. La machine fait « peau commune » avec le patient, elle est son allié incontournable, raison pour laquelle tout le discours tourne autour de cet outil. Elle maintient le patient dans une union narcissique. C'est elle qui permet au patient de recouvrer son équilibre psychologique. Voilà pourquoi on observe chez ces sujets des expressions de joie et une confiance en soi. C'est donc ainsi que le patient nous confie que :

M. A :

Avec la machine je suis comme relié au cordon ombilical de ma génitrice. Elle et moi on fait qu'une. C'est elle qui me lave, elle prend soin de moi, elle me protège. C'est notre partenaire et notre raison d'être. Dans tous les cas, tant qu'il y'a la machine il y'a la vie.

(Aa(+), Ch(+))

Pour certains patients, le vécu de la dialyse passe par une absence de névrosisme. Le sujet manifeste la joie et une apparence relaxe. La dialyse avec ses énoncés négatifs comme les annonces, les complications et incidents éventuels survenant durant les séances ne lui font pas peur. Toutes ces complications sont accueillies sans panique et dans une sérénité manifeste. Plutôt que de revenir sur ces clichés gênant de la dialyse, le sujet oppose des anecdotes et des récits d'humour susceptibles d'apporter la quiétude durant ses séances de dialyse. C'est pourquoi

Mlle C déclare :

Faire la dialyse ne veut pas dire que c'est la fin du monde. Quand je suis ici branchée je me sens en sécurité voilà pourquoi je suis contente parce que c'est le travail que mon corps aurait dû faire que la machine va faire. Pourquoi avoir peur, ou en être triste ? C'est la solution de l'heure, alors il faut s'en réjouir parce qu'au moins nous avons accès à ce traitement. C'est comme si c'est mon corps qui est

en activité. Au réveil je prie juste mon Dieu que tout se passe bien et après je ne stresse pas. (Aa(+), Ch(+))

La dialyse exige un certain courage face aux éprouvés. Il s'agit de vaincre la peur l'inconnu et d'accepter sa situation. Le sujet s'insurge contre les apories de la maladie et cherche à se familiariser avec le cadre de sa prise en charge. Il est toujours présent à la dialyse et ne s'en cache pas de s'exprimer sur son état. C'est pourquoi on peut entendre **M. A** dire :

Au début, j'avais pris cela comme les amusements. D'ailleurs ma famille avait nié le diagnostic en insinuant qu'il s'agit d'un problème de sorcellerie jusqu'à ce que moi-même j'avais pris l'initiative un jour de me rendre à l'hôpital et maintenant je vois le changement. (A(a)+)

L'hémodialyse génère aussi d'autres mécanismes psychiques qui viennent étayer le sujet dans sa souffrance. Certains patients confèrent des pouvoirs extraordinaires à ces dispositifs thérapeutiques donnant l'impression qu'ils interagissent avec des humains ou à des objets partiels ayant des attributs d'humains. Ces machines en super forme et détenant un savoir assez complexe sur le corps, partagent avec le sujet son dispositif corporel pour renforcer au plus près sa défense contre l'agression de la maladie. La machine fait corps avec le sujet, elle connaît les défauts et les forces du sujet. C'est elle qui renseigne les soignants, c'est elle qui "dit" et non le personnel. Elle se substitue au personnel soignant mettant celui-ci face à son impuissance. Si donc l'être humain se construit par des processus d'identification, le recours à des repères identificatoires puissantes comme ces machines intervenant dans les cas d'extrême est la bienvenue. Si la machine est increvable, le corps l'est autant. Si elle fait des caprices, elle rappelle au sujet sa vulnérabilité. L'angoisse de mort que génère la maladie est évacuée par une attribution de puissance à la machine à dialyse qui en retour, retentit sur le patient sous forme d'affirmation de soi. L'hémodialyse a la capacité de déjouer la mort. Cette manière de voir la chose induit un sentiment de sécurité vis-à-vis du sujet. Le sujet est motivé et tire sa liberté du pouvoir que lui concède la machine ; celle-ci palliera aux excès et fautes commises. A ce sujet, **M. B** déclare :

M. B (Charles)

Ce sont des outils très puissants. Quand ces machines sont en panne, nous aussi nous sommes plus malades. Ces machines communiquent avec nous et sont dotées d'esprit, elles sont très intelligentes. Elle réchappe de la mort. C'est un personnel soignant, notre rein. On peut encore trouver des machines plus puissantes que celles-ci. (Aa(+), Ab(+), Dj(+))

L'équilibre psychologique peut aussi être acquis par la croyance aux faits religieux. En effet, certains malades croyants pensent que leur survie serait due à l'écoute que porte sur eux leur Dieu. Croire en dieu est bénéfique et défait les barrières de l'impossibilité. La guérison par la croyance est basée sur la foi. La foi que quelque chose d'impossible pour les hommes, est possible pour Dieu. Le sujet se doit de savoir que les obstacles de la dialyse peuvent être enrayés par une foi ferme aux meilleurs lendemains. Si des miracles se seraient produits comme le relatent les écrits religieux, le sujet présent peut assimiler des scènes de récits religieux, contextualiser la réalisation de certains miracles à son temps. Pour recevoir l'accomplissement des miracles, le sujet doit évacuer le sentiment de culpabilité qui l'incarnerait. Il doit d'abord expier ses actes pour enfin recevoir les grâces divines. Si les dieux mythiques se sont très souvent prononcés en faveur des affligés, des laissés-pour-compte, certainement ces dieux ont un regard favorable à leur état et ne saurait se complaire à leur destruction. Il s'agit là d'un allié fort capable de faire plier en leur faveur tout évènement intervenant à la dialyse. C'est pourquoi **M. D** soutient :

M. D (Clément)

Nous vivons grâce à Dieu. Avant de venir en dialyse je prie le Très Haut pour que tout ce passe bien. Et là je me sens en sécurité. Faire la dialyse n'est pas facile. Il faut faire face au stress causé par les caprices de la machine et des soignants. C'est quand il y'a un problème avec ces machines que tu commences à comprendre leur

importance. Il faut donc avoir le moral fort sinon tu sombres.

Heureusement que le Très Haut veille aussi. (Ac(+), Ch(+))

Seulement, certains sujets en dialyse ne se contentent pas seulement d'invoquer Dieu dans le processus de traitement. Ils entretiennent des pensées quasi rationnelles face à leur condition. Pour eux, malgré l'aide de Dieu, ils doivent eux-mêmes être des acteurs de leur santé en suivant normalement les consignes de leur traitement. Ils font de moins en moins confiance à des causes surnaturelles de la maladie et ne pensent pas subir les représailles d'une quelconque divinité. Ils font confiance à la machine et savent reconnaître les limites de celles-ci.

4-2-2- L'extraversion adossée à la croyance à la force de la personnalité

L'acceptation de la maladie ou de son traitement suppose que le sujet pense avoir des capacités psychiques pour faire face. En plus de l'annonce d'une maladie grave ou chronique, le sujet doit faire face à la dure épreuve de la prise en charge qui rappelle sans cesse au patient sa décadence. Tel ne semble pas être le cas de certains patients qui trouvent en la dialyse un moyen de faire valoir non seulement leurs ressources intrapsychiques mais aussi le lien à l'autre pour vivre malgré le poids de la maladie et ses énoncés. C'est ainsi que pour barrer les effets néfastes de la maladie, certains patients pensent que leur efficacité personnelle peut être mise à profit pour survivre. Ils pensent pouvoir dompter la maladie au regard de leur force mentale, du sens qu'ils portent à leurs responsabilités et des multiples expériences relativement difficiles qu'ils ont pu surmonter par le passé. D'autres sujets pensent avoir la force physique susceptible de leur permettre de survivre malgré l'influence de la maladie et du traitement. Ils font confiance à leur silhouette et à la vigueur de leurs organes. Voilà pourquoi

M. E déclare :

A l'annonce de la maladie, j'ai pris ça comme ça. L'insuffisance rénale ne signifie pas la mort comme certains pensent. J'ai déjà dialysé ailleurs et donc c'est déjà comme une routine. Même si on est diminué il faut avoir le moral fort. Ce qui me console encore c'est

quand je vois de petits enfants à la dialyse, j'ai l'impression que j'ai la chance d'être encore là pour longtemps (Bd(+)).

M. B (Charles)

Avant la dialyse j'avais 115kg, avec la maladie je suis tombé à 50kg. Maintenant j'ai repris, je pèse 84kg. Ça me donne encore plus d'espoir. C'est un signe que je vais mieux. Certains amis ne savent pas que je suis malade. J'ai longtemps été directeur ici à l'université et j'ai réalisé plusieurs ouvrages. Les gens reconnaissent mes valeurs et ne font que me solliciter pour tel ou tel service (Bd(+), Dj(+), Dl(+)).

Certains patients trouvent que malgré la maladie et ses énoncés leur vie vaut la peine d'être vécue pleinement au regard de nombreux défis et responsabilités à assumer. La dialyse n'est qu'un élément encombrant qui cherche à les rabaisser, les ridiculiser et les freiner dans leur élan. Le mieux serait donc de tenir simplement compte de la présence de la maladie et de vivre comme si l'on n'est pas malade. La dialyse ne doit pas les empêcher de vivre et de faire ce qu'ils veulent. C'est pourquoi malgré la dialyse, ils trouvent du plaisir à se rendre actifs et dans leur milieu de vie. Ils n'hésitent pas à vouloir jouer des rôles pour montrer qu'ils ne sont pas si limités par leur condition. Certains patients arrivent à s'identifier à d'autres patients ou événements qu'ils ont bravés dans le cours de leur vie. C'est ainsi que certains peuvent faire recours à leur enfance difficile, événements de la vie ou d'autres pertes qu'ils ont pu subir dans leur vie sans qu'ils soient assez ébranlés. Plutôt, ils s'en saisissent pour puiser l'énergie nécessaire à leur survie. La dialyse est donc considérée comme un événement parmi tant d'autres.

Dans la foulée **M. A** déclare :

Mes journées sont trop surchargées. Après la dialyse je dois me rendre au bureau traiter des dossiers, rencontrer des partenaires. Je n'aime pas quand je suis très foiré. (Be(+), Dj(+)).

L'efficacité personnelle du sujet face à la maladie dépend aussi de l'efficacité du corps familial. La force du corps familial est entretenue chez certains sujets malades qui puisent

dans la force mentale du grand ensemble auquel ils appartiennent, l'énergie nécessaire pour vivre avec la maladie. Le narcissisme du corps familial semble renforcer l'estime de soi de certains patients aux prises avec les difficultés de sa prise en charge. Si dans la plupart des familles, la maladie grave ou chronique est un facteur de désorganisation familial, chez une infime minorité, elle resserre plutôt les liens en renforçant ainsi leur harmonie. Lorsque la maladie arrive, le choc qu'engendre cet événement trouve du répondant dans la mobilisation des membres de la famille contre cette agression. Le secours et la présence auprès du sujet en situation en sont des atouts pour sa survie. Aussi, même en situation d'absence de secours réel auprès du malade, ce dernier peut se construire l'idée de la présence d'une force à la hauteur de la notoriété de la famille, des valeurs, de l'influence ou du rôle. Raison pour laquelle

M. B (Charles) déclare :

Je suis bien entouré dans ma maladie. Le jour de mon mariage, une ambulance avait été affrétée pour la circonstance. On me prenait pour un mort-vivant. Je connais mon état de santé. Les gens paniquent parfois à ma place. (Bd(+), El(+))

Le lieu de travail, les amis, la famille sont des états pour bon nombre de patients. A l'hôpital par exemple ils sont optimistes et altruistes. Ils aiment le contact avec tout le monde et aiment avoir toujours des gens autour d'eux. Ils ne tardent pas à vous parler de leur famille, et des aventures de leur vie.

Voilà pourquoi **M. B** déclare :

Je suis quelqu'un de sociable, c'est pourquoi dans ma maladie tout le monde me soutient. On me sollicite à jouer des rôles dans les associations de mon quartier. J'essaie de leur apporter de mon soutien. J'ai des amis médecins, quand j'ai une difficulté je les appelle. Ici tout le personnel d'ici me connaît et m'apprécie. Quand je vois quelqu'un en difficulté et que j'ai la possibilité de l'aider je le fais. Bref, nous formons une famille ici, on se

partage les idées et les expériences, un forum a d'ailleurs été créé à cet effet, c'est une superbe idée. (Bd(+), Be(+)).

Par ailleurs, certains patients retrouvent leur équilibre psychologique en s'érigeant en savant dans l'interprétation de leur condition. Ils se livrent à une forme d'intellectualisation de leur vécu. Ils aiment les débats d'opinions ou d'idées se rapportant à la maladie et ses énoncés. Ils abordent aisément les questions se rapportant à la mort. Très souvent, ils arrivent à minimiser leur état en s'abstenant d'en faire un cas. Ils trouvent que le vécu de l'hémodialyse n'est pas un vécu particulier et qu'il s'insère dans la vulgarité du vécu des maladies ordinaires. En salle d'hémodialyse, ils se livrent à des débats d'idées au point où les soignants se sentent parfois obliger de les dialyser dans des salles séparées. Ils arrivent à se convaincre par désaveu de la situation qu'impose la dialyse. Ils connaissent les tenants et les aboutissants de la maladie et de son traitement. L'hémodialyse n'est pas une fatalité, elle est un traitement au même titre que les autres. Ils ont une lecture étayée des symptômes, du mode alimentaire et des effets de la prise en charge. Ils étendent leur discours sur des questions existentialistes. C'est pourquoi on peut entendre certains déclarer : *tout le monde meure, même si tu n'as pas l'insuffisance rénale.*

A ce sujet **M. D (Clément)** déclare :

A l'arrivée ici tout le monde pense que c'est la mort. Moi je ne me considère pas comme malade, je me considère comme quelqu'un qui a un problème de reins. Ce sont mes reins qui sont malades, ce n'est pas moi. Tant que je ne suis pas alité, ou bien que je ne souffre pas des maux qui exigent une prise régulière de médicaments, la situation est gérable. C'est comme une voiture qui a un pneu crevé, ce n'est pas toute la voiture qui est en panne. (Be(-))

Le sujet peut aussi opérer par l'incorporation de la maladie et du contexte de soins. Très souvent, l'incorporation provoque des changements positifs ou négatifs dans les émotions et l'expérience vécue. Ici, il est question pour le malade de traverser rapidement l'étape de l'acceptation de la maladie et de ses énoncés pour faire corps avec la maladie et son

traitement. La dialyse n'est plus un fait nouveau, elle fait partie de la vie du sujet. Il en va de même de la gamme de recommandations thérapeutiques subséquentes. La dialyse ne devrait pas paralyser la vie du sujet. Elle n'a pas une existence propre, elle s'intègre dans la mouvance quotidienne du sujet. Si la dialyse a des vertus thérapeutiques, le sujet malade trouve dans cette interaction un rappel qui lui est adressé en faveur de la réalisation des comportements de bienfaisance comme l'altruisme, l'agréabilité, etc. Ce sont des propriétés de la machine à dialyse, c'est dire un outil qui fait vivre. L'incorporation du contexte de soin n'est pas en reste dans la gestion de la survie du patient dialysé. L'acceptation des soins et de son contexte socioéconomique constituent aussi des atouts en faveur de son bien-être. C'est pourquoi :

M. D (Clément) déclare :

L'hémodialyse c'est mon rein. Elle assure les mêmes fonctions que le rein naturel. Je ne comprends pas pourquoi certains patients pensent trop à la mort alors qu'il y'a une solution qui nous fait vivre. Moi j'ai compris que je peux vivre avec assez longtemps possible. C'est vrai les débuts n'étaient pas faciles mais j'ai pu m'adapter. Maintenant je ne panique plus, je ne stresse plus. C'est une réalité de mon vécu.

(Aa(+), Ch(+/-))

Dans le même sens, **Mlle C** déclare :

La maladie n'est pas écrite sur ma face. Je vis avec depuis des années et si on ne te dit pas que je suis malade, tu ne sauras pas. Je ne me laisse pas dompter par la dialyse. J'essaie de vivre comme tout le monde. En famille avec la famille restreinte, lorsqu'il y'a une cérémonie, j'assiste et je donne mon coup de main (Be(+), Ch(+/-)).

4-2-2- L'état de conscience aiguë adossée à la croyance à la force de la médecine

Certains patients croient à des lendemains meilleurs de leur état de santé même si visiblement aucune action concrète n'est menée soit par les politiques ou la communauté médico-scientifique. Si donc le dysfonctionnement du rein au stade chronique est irréversible en l'état actuel, certains patients arrivent à se projeter dans l'avenir en espérant s'offrir le luxe de se faire transplanter, ou bien croire à la découverte d'un autre procédé thérapeutique plus efficace. Il en est de même de la perspective de la réduction des coûts des soins. Les politiques sont parfois mises en place pour alléger la charge de la prise en charge des insuffisants rénaux. Ces derniers qui, pour la plupart ne s'attendaient pas à subir le poids d'une telle pathologie sur le plan financier, ont souvent les yeux tournés vers décideurs pour que des facilités leur soient accordées. Il peut s'agir des subventions sur le traitement, de l'acquisition machines de dialyse plus performantes, de la disponibilité des poches de sang et autres médicaments. Il peut aussi s'agir des commodités d'accompagnement discrètement réclamées par les patients dialysés comme la buanderie, les restaurants pour malade, la disponibilité de l'eau, les pièces de recharge pour les machines.

Il s'agit là véritablement d'un saut vers un monde meilleur, une balade de l'esprit au regard de la difficulté des acteurs de la santé à engager de telles actions. Toutefois, certains sujets dialysés espèrent sur la base du minimum reçu que des changements peuvent survenir dans le protocole de prise en charge. Ils font déjà confiance à l'offre médicale actuelle et jugent positivement les efforts qui sont faits. C'est à titre que :

M. B (Charles) déclare :

Il y'a des machines plus performantes que ça. Si on les met à jour et qu'on rend disponible les pièces de rechange, on aura moins de problèmes. On espère qu'un jour les choses vont changer. Néanmoins, ma famille entretient déjà un projet de voyage à l'étranger pour une transplantation rénale, j'espère retrouver tout le plaisir de la vie que j'avais avant (Cg(+), Dk(+)).

La gratuité des soins en hémodialyse annoncée par les gouvernants a été accueillie avec joie par bon nombre de patients. Si pour certains patients, il fallait dépenser près d'un million de Frs par an en dialyse, cette gratuité sonne comme une bouée de sauvetage chez certains

patients qui avaient de la peine à se faire payer régulièrement une séance de dialyse. Les gouvernants ont aussi annoncé la pratique de la greffe rénale dans nos structures hospitalières. Il s'agit là des annonces très fortes qui sonnent comme une victoire sur la maladie et qui rapproche de plus en plus le malade de l'idée de la guérison.

D'autre part, l'identification aux normes thérapeutiques permet au sujet dialysé d'avoir une bonne compliance. Seulement pour y parvenir, le sujet doit acquérir le sens du devoir et une sorte d'autodiscipline. Il est question de prendre au sérieux le traitement et les recommandations thérapeutiques. Le sujet valorise les soins et se projette dans un processus de guérison apparente. Le sujet s'approprie les bienfaits annoncés de la thérapie par dialyse et se converti sur le modèle de ses bienfaits. Le sujet assimile les soins et de ce fait suggère les bienfaits qui en découlent. En hémodialyse, le respect de la passation des séances de dialyse est recommandé à tous les patients. La dialyse revitalise le sujet, mais également l'affaibli au sortir d'une séance. Le sang du sujet étant sorti des canaux habituels est rentré à nouveau au corps après traitement. Il faudra assurément réserver un laps de temps à ce corps pour qu'il reprenne son fonctionnement habituel. Ce sont là des étapes à franchir pour ne retenir que les bienfaits. Par contre, le sujet ayant un mauvais rapport avec la dialyse s'expose au décès dans les heures qui suivent.

Il existe une panoplie de règles à respecter pour un meilleur suivi. Il peut s'agir de la restriction de la consommation d'eau, de l'interdiction de certains aliments ou boisson restriction des déplacements, etc. Le respect de ces consignes ou la croyance aux bienfaits de ces consignes semble avoir un écho favorable dans la vie du patient. Raison pour laquelle **M. D (Clément) déclare :**

Quand je dialyse bien ça va. Je ne saute pas mes séances. Je respecte les consignes. 90% de mes amis ne savent pas que je suis malade Ch(+)

Et M. B de renchérir : on m'avait dit que tant que tu es jeune, il faut faire les dialyses, mais mes frères ne supportent. En plus de cela, je ne mange pas tout Ch(+).

Par ailleurs, la prise en charge en hémodialyse nécessite que le sujet consacre une attention particulière à son état et à celui de l'environnement médical pour apporter des réponses adéquates au changement de situation. Des changements peuvent survenir soit sur sa propre personne : les symptômes, l'apparence corporelle, situation clinique soit sur l'environnement des soins : lieu de la dialyse, organisation générale du service, attente équipe des soignants du jour, etc. La plupart des patients supportent mal des changements et finissent

par vivre une forme d'anxiété qui va davantage entraver leur vécu. Une infime catégorie de patients tolère toutefois ces changements, très souvent ils trouvent une explication adéquate aux changements corporels et environnementaux. Ils anticipent sur des situations plus ou moins complexes, les interprètent et ont une longueur d'onde d'avance sur les autres patients. Ils sont régulièrement à la recherche des informations sur les avancées de la médecine. Ces derniers peuvent être considérés comme des personnes vigilantes.

M. D déclare à ce sujet :

Le problème c'est que quand on vient ici tout le monde pense que c'est la mort, or c'est faux. Ce n'est pas la maladie ou sa prise en charge qui est le problème, mais surtout tout ce qui tourne autour de cela qui pose problème c'est-à-dire l'alimentation doit changer, il faut acheter les médicaments, les proches de sang, l'attente en dialyse ou le temps que la dialyse consomme, les pannes de machine, etc. bref il faut s'adapter à toutes ces exigences et situations pour s'en sortir ici (Ch(-), Ci(+)).

4-3- SYNTHÈSE DES ANALYSES

A la suite de notre analyse, plusieurs éléments relatés dans le discours des participants nous ont permis de répondre à nos objectifs spécifiques. L'idée de la mort très souvent alimentée par une contingence de situations éprouvantes notamment, la dépendance, l'inquiétante étrangeté de la dialyse, la désappropriation du corps, les effractions, est affaiblie par un ensemble de mécanismes psychiques générés chez les patients. Pour s'adapter à la maladie et vivre avec, ces patients se construisent une réalité psychique du négatif qui forme leur forteresse les maintenant ainsi dans la continuité. En plus de cette construction du négatif basé sur la croyance, les sujets font preuve de pragmatisme dans le vécu de la dialyse. C'est le cas de **M. B** qui prône les bienfaits de la médecine. Il prend au sérieux son traitement c'est pourquoi il ne saute pas ses dialyses. Il se projette dans l'avenir et pense que le passage à la dialyse est une période transitoire. Il croit vivre assez longtemps au regard de sa personnalité meublée par le poids de son profil de carrière. Il croit à son efficacité en mettant en exergue la

force biologique ou sa silhouette, signe d'un vécu dans une sorte d'épanouissement. Les 7 années passées déjà en dialyse sont la preuve qu'on peut vivre assez longtemps avec la maladie et que fort de cela, il peut encore se projeter dans l'avenir. Dans cette projection, il arrive à satisfaire son narcissisme en se nourrissant d'un projet de greffe rénale à l'étranger et des réformes organisationnelles salutaires qu'il souhaite voir implémentées dans service de dialyse. De plus, **M. B** fait preuve d'une forme d'extraversion et d'une conscience aiguisée car il dit être entouré et s'en réjouit des bienfaits dans le vécu de la maladie. Il dit mettre tous les moyens pour sa santé.

M. D quant à lui croit à la force de sa personnalité. Il intellectualise la situation et pense parvenir à cette longévité grâce à sa force mentale et à son adaptation à la maladie. Il dit avoir des charges à assumer au sein de sa famille, et fort par conséquent, la maladie ne doit pas l'en empêcher. Voilà pourquoi il utilise le clivage pour surmonter cette menace répandue par la dialyse. Cependant **M. D** fait confiance à la dialyse et semble maîtriser les énoncés éprouvants de la dialyse. Il ne se laisse pas emporter par les tracasseries du traitement et détiendrait le secret de la chose. **M. A** donne l'impression de ne pas prendre au sérieux sa situation et pourtant il trouve bien du plaisir à se faire dialyser. Il n'hésite pas à réaliser des selfies sur le lit de la dialyse en les envoyant à ses amis. Il utilise des comportements d'évitement c'est pourquoi il cherche à s'échapper de la dialyse dont il reconnaît tout de même les bienfaits. Il se veut actif et tourné vers le monde. Il aime le contact et a une tendance à s'occuper de ce qui n'a rien à voir avec la maladie. Voilà pourquoi il déclare que la dialyse chez lui s'arrête à l'hôpital. Sa vie est une continuité, c'est pour cela qu'il place ses projets, ses activités en ligne de mire. Il veut vivre la dialyse en toute passivité, voilà pourquoi il place ses activités professionnelles en priorité, cherchant à voiler la réalité de la dialyse. La dialyse reste une aide très indispensable qui doit lui permettre de vaquer à ses occupations habituelles. Il dit être responsable dans son foyer et veut assumer cette responsabilité. Sa vie est en construction et il dit avoir encore beaucoup de défis à l'instar de prendre une femme et organiser son mariage, se construire une maison.

M. E croit à l'expérience subjective. Il intellectualise la situation laissant croire qu'il détient le secret du vécu de la dialyse, lui qui par le passé, a traversé des étapes assez douloureuses c'est-à-dire l'AVC, mais malgré tout il vit. Il trouve refuge dans l'image de soi qu'il embellit des mots justes et l'intérêt qu'il porte sur le rôle de la dialyse dont il reconnaît les bienfaits. Il reconnaît qu'il est diminué par la maladie et que malgré tout il doit vivre.

CHAPITRE 5 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION

Ce chapitre aborde l'interprétation et la discussion des résultats de la recherche. Il sera ainsi question de donner un sens aux résultats obtenus suite à l'analyse des données. Après une brève synthèse des résultats, le chapitre se consacrera à l'interprétation des résultats en fonction des thèmes préalablement définis au chapitre trois et quatre sur les cinq cas de notre étude.

5-1- RAPPEL DES DONNEES EMPIRIQUE ET THEORIQUE

5-1-1- RAPPEL DES DONNEES EMPIRIQUES

La collecte des données pertinentes allant dans le sens des objectifs poursuivis dans cette recherche permet désormais de disposer d'un matériel clinique suffisamment riche pour une analyse clinique. C'est ainsi que dans ce chapitre, on se propose de restituer la cohérence de ces récits. Tout d'abord il est à préciser qu'il est question d'une étude de cas basée non seulement dans la compréhension, mais également sur la didactique des faits saillants qui apparaissaient dans le récit n'importe quand et n'importe comment. La démarche dans ce cas consiste à restituer la cohérence de ces récits en organisant une présentation dynamique des faits à partir des informations recueillies auprès de nos participants d'étude. Celui-ci s'articule autour de quatre principaux points à savoir : le rappel des données empiriques et théoriques, l'interprétation des résultats et enfin la discussion et les perspectives théorico-empiriques que pose cette étude.

5-1-1-1 Absence de névrosisme adossée à la croyance au fétiche

Après l'analyse de nos différents corpus d'entretien et conformément aux différents thèmes retenus à ce propos, les sujets entrent en union narcissique avec la machine à dialyse pour se sentir unifiés dans leur intégrité corporelle. C'est pourquoi ils s'attachent à la machine, la considérant comme toute puissante, dotée des pouvoirs régénérateurs. C'est auprès de la dialyse que le malade trouve du réconfort, la joie de vivre car pour la plupart d'entre eux, le monde est ingrat. La situation de malade fait qu'ils sont abandonnés et marginalisés, relégués aux minables rôles dans leur environnement. Pour rétorquer, ils se rendent compte qu'ils ont toujours le pouvoir c'est-à-dire le recours à ces machines qui sont

capables de dissuader leurs détracteurs, de les désillusionner. En tant que dernier rempart, le sujet manifeste donc un attachement pour ces outils grâce auxquelles il survit, ceci à la manière d'une mère pourvoyeuse de soins, celle-ci protège son enfant contre toute attaque et lui entoure des soins nécessaires à son épanouissement. Qui donc peut l'aimer plus que ces machines ? Qui peut lui rendre un tel service ? Il ne jure que par la dialyse dont il reconnaît les bienfaits. Le jour de la dialyse est un grand jour pour le sujet, un moment de ressourcement, de renaissance et de confiance renouvelée. Voilà pourquoi, on observe chez ces patients des expressions de joie. C'est un moment de dégagement, une rencontre avec l'objet aimé et retrouvé, qui les aime depuis toujours. Voilà pourquoi on peut entendre certains patients déclarer :

M. A (Arnold) :

La dialyse c'est notre compagnon, Avec la machine je suis comme relié au cordon ombilical de ma mère. Elle et moi on fait corps. C'est elle qui me nettoie des déchets, elle prend soin de moi, elle me protège. C'est notre partenaire et notre raison d'être. Dans tous les cas, tant qu'il y'a la machine il y'a la vie. Elle nous maintient en vie. Voilà pourquoi je suis toujours là au rendez-vous. Parfois j'arrive ici avant l'heure de ma séance. Et même s'il y'a des problèmes je patiente et je sais que je vais dialyser. Moi je me sens à l'aise quand je suis branché.

L'amour que les sujets portent sur ces machines se manifeste par des souhaits de durabilité de ces machines. Une sorte de protection prophétisée qui amènent certains à souhaiter qu'une attention sans faille soit consacrée en faveur d'un fonctionnement optimal de ces machines. Voilà pourquoi **M. B** déclare :

Il faut toujours des pièces de rechange pour ces machines. Tant qu'il y'a des pièces on n'a pas de problème. Quand je suis la rumeur qu'il y'a une panne de machine ici ça me gêne mais je comprends aussi que l'homme a créé la machine et la machine l'a parfois trahi. Si je

m'énerve ça va changer quoi au contraire la colère peut encore provoquer quelque chose en moi. Ici c'est la patience.

La machine à dialyse n'est pas le seul objet fétiche sollicité par les patients. Ils se tournent parfois vers des personnes avec lesquelles ils ont une certaine proximité physique et affective. Ce cas est signalé dans les rapports que certains patients entretiennent avec leurs enfants, époux ou épouses. D'autres ont tellement valorisé la fonction professionnelle au point où ils s'en servent pour le brandir avec orgueil et enthousiasme à qui veut l'entendre. C'est le cas de **M. A** qui a pris l'habitude de venir à l'hôpital en veste et tenant sa mallette, il dit être conseiller d'assurance et cherche à garder une image corporelle qui s'accommode à sa fonction. C'est aussi le cas de **M. B** qui évoque la plupart du temps sa fonction professionnelle pour montrer à quel point il combine avec succès les deux conditions de vie.

La machine à dialyse est une partie du corps du sujet. Elle est dotée de pouvoir réparateur assimilable à un comprimé qu'on ingurgite. Elle semble avoir un langage qui exprime le rejet ou l'admission à ses précieuses faveurs. C'est un personnel soignant atypique qui réalise ce que les soignants n'arrivent pas à faire. Une machine qui n'est pas vulgaire, elle se constitue dans le prolongement de la continuité du corps. Se faire aider par un objet puissant fait d'eux des personnes puissantes au même titre que ces machines. La machine fait des caprices, elle écoute, affectionne et désaffectionne. Elle a des préférences envers eux et est favorable à leurs attentes. La machine sanctionne les mauvais patients, elle écoute ce que le patient pense d'elle et réagit. Elle donne la vie aux humbles, aux sujets de bonnes compliance, voilà pourquoi certains patients manifestent une attitude d'aliénation vis-à-vis de ces outils et pensent se tirer de cette étreinte avec une forte plus-value c'est-à-dire l'énergie nécessaire à la survie. C'est pourquoi on peut écouter certains patients déclarer :

M. D :

Ce sont nos compagnons de tous les jours, elles nous connaissent bien car elles partagent notre intimité, c'est vraiment un personnel soignant, je dirai qu'elles sont même spirituelles car elles font des caprices et bien après elles reprennent le fonctionnement normal sans grand effort.

Et **M. B** d'ajouter :

Ces machines font parfois des caprices. C'est pourquoi avant de venir ici je prie mon Dieu pour que tout se passe bien. Mais c'est quand tu te culpabilises que tu peux vivre des mauvais moments en dialyse. Donc il faut être serein et penser positivement les choses. Ces machines sont là pour nous, elles nous donnent la vie. Il faut toujours avoir une bonne humeur pour que tout se passe bien.

Une prise en charge assistée par des machines est une épreuve difficile à vivre car elle plonge le sujet dans le monde de l'incertitude. La dialyse se saisit du corps, l'épingle et met le sujet dans un état de soumission avancée. Face à une telle menace, les croyances religieuses, dogmes ou des récits légendaires sont appelés à la rescousse des patients pour surmonter l'épreuve de la menace de la mort. Le bonheur se trouve dans la foi. C'est Dieu qui est au contrôle de tout. C'est lui qui donne la vie, instruit les machines de veiller à ses préférés. Le Très Haut entend leurs cris et rien ne lui est impossible. Celui qui croit en Dieu et croit aux miracles qu'il aurait réalisé en faveur des faibles peut être soulagé de sa détresse. Ils pensent que leur longévité est une grâce, un privilège venant d'un être puissant qui veille sans cesse sur eux, c'est lui qui dompte les machines et les dispose en leur faveur. Cet être, c'est lui qui sanctionne, c'est lui qui soumet le monde et opère des miracles. Ces miracles ne sont pas uniquement des illusions pour eux, mais des histoires et des faits. La croyance se fonde sur des modèles, des esprits forts qui ont fait leurs preuves dans des situations d'hostilité ou d'adversité. La dialyse n'est plus vécue comme une catastrophe, mais une situation qui favorise la présence des faveurs divines car, les divins aiment les faibles, ils les protègent. C'est pourquoi **M. B** confie :

A la veille de la dialyse, je prie mon Dieu pour que ça se passe bien et après je viens tranquillement à l'hôpital. Et puis tout se passe bien par après.

et **M. D** d'appuyer :

Nous vivons grâce à Dieu. Malgré des moments parfois difficiles ici, moi je prie mon Dieu et je trouve du réconfort. C'est pourquoi je prie le Très Haut de veiller sur ces machines car c'est lorsqu'elles tombent en panne que tu commences à comprendre leur importance. C'est alors que tu te tournes vers le Très Haut de te venir en aide. La foi nous donne le courage pour faire face aux difficultés de notre condition.

5-1-1-2 L'extraversion adossée à la croyance à la force de la personnalité

Les résultats collectés auprès des sujets montrent que les patients soumis à l'hémodialyse croient à la force de leur personnalité pour faire face à la rudesse du traitement. S'ils ne font pas confiance à leurs organes, ils s'appuient sur les vécus des personnes ayant dompté la maladie, ou plutôt ils se réfèrent à leur silhouette ou leur apparence corporelle qui ont souvent fait montre d'une défiance face aux épreuves voulant mettre à mal l'image du corps. L'image du corps peut se voir dans la robustesse de ce dernier, le maintien de l'éclat et de sa force habituels, la bonne interprétation des symptômes corporels liés à la maladie et son traitement. Voilà pourquoi, on peut entendre certains patients déclarer :

M. B :

Avant je pesais 115kg et après j'ai chuté à 55kg, j'étais méconnaissable et je me posais toutes les questions, maintenant je suis à 84kg, ce qui me remets dans l'espoir que les choses vont aller de mieux en mieux. J'ai une bonne image de moi-même, celle que j'ai toujours véhiculée auprès de mes amis, je dois la préserver.

Allant dans le même sens, **M. D** ajoute :

La dialyse est déjà comme une routine pour moi, j'ai déjà dialysé à Ebolowa. J'ai repris le corps et pour moi c'est un signe que mon état n'est pas dramatique. Le problème est que quand vous arrivez ici tout le monde pense que c'est la mort, or c'est faux. La preuve en est que me voici. Je fais mes dialyses depuis 6 ans et je vis, on veut quoi de plus en dehors de cette vie !

M. A : *Je dois montrer aux gens qui me sous-estiment et qui parlent de moi que je vis malgré leur ingratitude envers moi.*

Certains patients se montrent particulièrement actifs en hémodialyse. Ils ne se contentent pas de croire à leur force, mais entretiennent des liens vivants avec les personnes de leur entourage. Ils aiment se faire des amis soit avec le personnel ou entre patients en dialyse ; ils n'hésitent pas à aller auprès des autres patients pour un échange quelconque. Ils aiment les outils de communications comme le téléphone, la télévision.

Les patients s'inspirent aussi de l'expérience des personnes ayant dompté la maladie. Ils s'assimilent à eux pour se projeter dans l'avenir. L'accent est également mis sur la confiance au corps familial. Il est récurrent d'entendre nos patients se référer à l'image du groupe considérée comme un mécanisme psychique actionnée pour répondre à l'attaque de la maladie. Il peut s'agir des familles plus ou moins restreintes qui ont souvent défendu ou véhiculé certaines valeurs : grandeur, solidarité, noblesse, de force ou de dynamisme en général. Le sujet s'accroche donc sur ces valeurs pour renforcer son narcissisme et minimiser les effets de la maladie et du traitement.

C'est pour cette raison que **M. D déclare :**

J'appartiens à une grande famille. Lorsqu'une situation comme la mienne arrive, si vous avez été positif envers les autres c'est à dire faire du bien comme je l'ai fait, vous serez bien entouré. Un sujet de fierté pour moi. Pour mon cas, ma maladie m'a beaucoup plus rapproché de ma famille. Je suis un homme de bien, et j'ai soutenu les enfants des autres dans la famille et j'ai

réussi avec cette méthode. Aujourd'hui, ils sont grands et fières de moi.

Les sujets évoquent la fonction sociale pour se défendre contre la menace de la maladie. Ils déclarent avoir occupé des postes de responsabilité dans la sphère administrative, familiale, ils ont des états de services, des responsabilités à assumer et même des défis de la vie d'un homme. Tout ceci constitue un creuset d'énergie libidinale susceptible de susciter une force à rebours face à l'effet néfaste de la maladie et de sa prise en charge.

M. A :

J'ai encore pas mal de choses à faire dans la vie. J'ai ma femme, la mère de mes enfants. Je dois légaliser cette union. Et surtout je dois toujours jouer le rôle d'un homme dans le foyer. Je ne dois pas dépendre d'une femme. Je dois mener une vie comme tout le monde et par là montrer à ceux qui me sous-estiment qu'ils doivent se raviser. La dialyse ne doit pas me limiter dans mon élan. J'ai plein des choses à faire en une journée.

Et **M. B** d'appuyer :

J'ai longtemps été directeur ici à l'université. J'étais la pièce maîtresse. D'ailleurs, j'ai réalisé de grands chantiers ici comme ces clôtures que vous voyez. Pour ceux qui me connaissent, je suis quelqu'un de respecté dans mon milieu professionnel. Malgré ma maladie, je dois montrer que jusque-là je suis à la hauteur de mes responsabilités.

M. D :

En tant que successeur de mon père, je ne dois pas me laisser influencer par la maladie. Si j'ai été désigné successeur de mon père, c'est parce que j'ai sûrement mérité cela, c'est un rôle que je dois assumer.

D'autres résultats montrent comment les patients recourent à l'intellectualisation de la maladie. Ils se constituent en savants, ils interprètent les signes et symptômes, émettent des hypothèses sur le meilleur vécu de leur souffrance en indiquant les ressources à mobiliser. Ils disent comprendre les tenants et les aboutissants de la maladie rénale. Aussi, déclarent-ils avoir la maîtrise de la chose et sont capables de s'adapter en fonction de la situation. Ils font usage des généralisations ou de dédramatisation. La maladie rénale n'est pas forcément une fatalité ; et dans le cas où elle le serait, la situation ne constitue guère une catastrophe étant donné que la mort n'est pas d'ailleurs l'apanage des seules victimes de la maladie rénale. Ces sujets aiment des débats d'idées, un discours abstrait les maintenant dans la connaissance réelle ou illusoire du sujet. Le sens des symptômes est interprété positivement et maintenu par la construction d'un discours de sauvetage. C'est pourquoi on entend dire que :

M. B :

Même en occident où je me suis rendu pour des soins, j'ai regretté pourquoi j'y suis allé car là-bas, ils ont leur système avec trop de théoriciens. Il y'a des grèves des malades, des ruptures de kit, les coûts élevés, ce sont les mêmes machines. Pourquoi donc vouloir à tout prix partir alors que les choses sont presque les mêmes.

Mlle C :

Je prends ça comme l'Effergal qu'on prend pour soigner le palu. La dialyse est un traitement comme tout autre traitement. Pourquoi les gens en font une fixation. Les gens pensent trop à la mort quand ils arrivent ici et pourtant ce n'est pas le cas. En plus, ce n'est pas seulement en dialyse qu'on meurt, voyez-vous ! C'est pourquoi quand je finis ma dialyse je rentre tranquillement à la maison m'occuper d'autres choses. Ma vie ne se limite pas à la dialyse et d'ailleurs ce n'est pas écrit sur mon front.

Vivre avec la maladie, c'est accepter la maladie et s'approprier du contexte des soins. Le sujet incorpore la maladie et son contexte de soin. C'est ce qui ressort des résultats des entretiens. La maladie n'est pas extérieure au sujet, elle fait corps avec lui et mieux combattue de près. Les sujets acceptent les difficultés multiformes que rencontrent les patients dans l'organisation de la prise en charge par l'institution : mauvaise gestion du matériel, insuffisance du personnel de soutien, coût élevé des médicaments et des examens, etc. Le sujet se reconnaît dans son contexte et s'abstient d'en donner une note négative. L'hémodialyse devient alors une routine et quelque chose de non inquiétante avec laquelle on fait son bonhomme de chemin. L'altruisme, l'ouverture et l'agréabilité sont leurs modes d'expression d'une forme d'adaptation à la maladie.

5-1-1-3 L'état de conscience aiguisée adossé à la croyance à la force de la médecine

Les patients considèrent la science comme un outil puissant qui propose des solutions réalistes à leur souffrance. C'est la science qui a le premier et le dernier mot dans la compréhension de la maladie et de ses énoncés. C'est elle qui dépiste la maladie, elle propose le mode d'interprétation des signes et symptômes de la maladie et de son évolution qui cadre avec la réalité. La science biomédicale a déjà fait ses preuves dans la maîtrise d'autres affections plus sévères et moins maîtrisées par les acteurs de la santé, mais au final, elle a trouvé une solution sinon un moyen plus adapté pour répondre par un non à l'agression du corps. C'est pourquoi le contenu du sujet A révèle que :

M.A :

Ma mère croyait que ma maladie relevait de la sorcellerie, mais moi j'avais compris qu'il fallait s'appuyer sur la médecine, raison pour laquelle j'étais venu de moi-même ici à l'hôpital. Après quelques séances de dialyse, j'ai vu le changement et désormais je fais confiance à la médecine. Les machines sont là pour nous, donc tant qu'elles sont là, il y'a la vie. On espère qu'une solution encore plus efficace sera trouvée.

Il en va de même pour **M. B** qui au début de la maladie, avait fait deux ans sans se rendre à la dialyse, il avance :

La dialyse était tabou, mais heureusement que je n'étais pas allé voir le tradi-praticien, ce dernier m'aurait désorienté. Après des clarifications que j'ai reçues sur le sujet, je fais confiance à ce traitement, c'est un procédé international qui est utilisé dans tous les grands pays.

Le même sujet se projette également dans l'avenir en indiquant que :

Je ne saute pas mes séances de dialyse parce qu'on m'avait dit que tant qu'on est jeune, il faut dialyser. La dialyse me nettoie, diminue mes kilos. Aujourd'hui si on ne vous dit pas que je suis malade vous ne pouvez pas savoir. Je pense qu'il faut juste organiser le service de dialyse, le rendre plus attrayant et surtout mettre les machines à jour. En le faisant on vivra plus longtemps encore que les gens ne le croient.

Pour mieux vivre leur état, les sujets se projettent vers l'avenir en ouvrant les perspectives positives. Il s'agit des avancées de la recherche scientifique sur la question. Ils croient à la découverte d'une solution plus efficace capable de changer l'ordre des choses. Mais en attendant, certains patients plus réalistes, croient se soustraire de cette situation à travers une transplantation rénale qui leur permettrait de sortir de la dépendance et par conséquent, s'affermir dans le discours de la vie. Pour l'heure, quoique l'opération soit inaccessible dans notre contexte au regard des coûts de cette opération et des plateaux techniques faiblement meublés pour répondre efficacement à la demande, les sujets se complaisent néanmoins à l'idée que ce soit une hypothèse au demeurant envisageable. Si depuis lors, la prise de charge par dialyse est subventionnée par l'Etat du Cameroun, il y'a de bonnes raisons de croire que l'allègement pourrait s'étendre même à la greffe rénale. C'est pourquoi, **M. B** déclare avec fierté : *ma famille et moi entretenons le projet d'une greffe rénale à l'étranger. Les concertations vont bon train sur la question et j'espère me sortir de l'auberge un jour.*

L'identification aux normes thérapeutiques passe par une bonne compliance. Le sujet pense qu'il faille respecter scrupuleusement les exigences thérapeutiques telles : la prise

régulières des dialyses et des médicaments, le régime alimentaire, les examens médicaux pour se sentir mieux dans leur corps. Ils valorisent de ce fait les soins auxquelles ils affectent une grande dose de vertus.

Selon certains, la longévité en dialyse passerait aussi par une soumission à ces contingences thérapeutiques dont beaucoup ont de la peine à considérer comme le secret de la dialyse. Ils disposent de leur temps, leurs moyens pour les consacrer au traitement. Il est donc question pour eux d'être vigilant sur tous les aspects corrélés à ce traitement. Cette vigilance passe par une anticipation (DSM IV, 2000, p. 934) des actions à envisager aux cas où telle situation se présenterait. C'est cette anticipation qui permettrait la dédramatisation des interprétations négatives ou erronées sur la maladie et de ses énoncés. Pour les moins aguerris de la maladie, ils optent par le clivage qui leur permet d'exclure de leur champ de pensée toute idée négative sur la maladie. La vigilance induit des comportements d'évitement. Il est question de faire une abstraction du discours sur la maladie, c'est-à-dire considérer uniquement tout discours qui valorise la vie. C'est pourquoi certains patients prennent leur situation comme un secret parce qu'ils veulent éviter la corruption des représentations qu'ils ont construit sur leur vécu.

A l'issue de cette présentation, l'on comprend que la maladie rénale au stade chronique est moins redoutée car certains sujets recourent à des mécanismes psychiques qui leur permettent de vivre malgré la présence marquée de la maladie. Si au début de la maladie, les sujets semblaient être traumatisés par les annonces éprouvantes sur leur santé, ils essaient par la suite de mettre en œuvre des mécanismes psychiques de négation de la souffrance ; ce qui leur permet de s'inscrire dans la continuité de la vie. Si donc la vie vaut la peine d'être vécue malgré la présence des indicateurs de la mort, la recherche d'un appui est indispensable pour palier à la blessure narcissique infligée par la maladie. Le travail du négatif exige donc qu'en cas de désespoir ou de menace à l'intégrité corporelle, le sujet peut recourir à une transformation de la réalité par des opérations de négation bien construites fondées sur la croyance. Pour ce faire, il a été constaté que les sujets répondent de plus en plus à ce climat de deuil martelé et confirmé quasi quotidiennement à la dialyse, par la croyance à la force de leur personnalité, la force de la médecine et la croyance au fétiche. Il s'agit là de lourds efforts à fournir par le psychisme pour se maintenir sur le paradigme de la vie car thanatos rôde toujours et indique sa présence dans le vécu de maladie. C'est donc les moyens forts que le sujet convoque qui vont au-delà du simple refoulement des affects. C'est pour la plupart, des formes d'élaboration de la pensée face à l'évènement du deuil. On constate donc

qu'effectivement, les patients en tirent bénéfice de ces procédés de défense. L'image du corps s'en trouve soutenue par une estime de soi et une tendance vers les projections de vie. La maladie pour certains n'est pas donc qu'une réalité avec laquelle on vit comme cela se passe avec les autres pathologies. Il suffit de croire à la force de thérapie, à l'efficacité personnelle, de considérer la dialyse comme un compagnon protecteur ou à défaut le substituer par un autre objet pouvant favoriser le narcissisme du sujet.

5-1-2 Rappel des données théoriques

Le cadre théorique de cette recherche s'est bâti sur le modèle théorique de la psychanalyse dans son versant pulsionnel. C'est en 1905, dans *Trois essais sur la théorie de la sexualité* que Freud utilise pour la première fois le terme de pulsion et qu'il en fait, du même coup, un concept déterminant. A l'entame de ses travaux sur la question, Freud dans *Esquisse d'une psychologie scientifique*, était préoccupé par ce qui donne à l'être humain la force de vivre et aussi par ce qui donne aux symptômes névrotiques la force de se constituer. Déjà, il soupçonne que ces forces sont les mêmes et que c'est leur détournement qui, dans certains cas, provoque les symptômes. A cette époque, il essayait de distinguer parmi ces forces, deux groupes qu'il appelle énergie sexuelle somatique et énergie sexuelle psychique. Il introduit par-là la notion de libido. Dans *Trois essais sur la théorie sexualité*, Freud précise d'abord la nature de la pulsion sexuelle, la libido : il lui apparaît qu'il n'y a plus lieu de la partager entre les versants somatiques et psychiques. Au contraire, il lui semble qu'elle se répartit, sur ces deux versants et entre eux et que c'est cette position frontière qui la définit au mieux comme finalement toute pulsion. La pulsion est le représentant psychique d'une source continue d'excitation provenant de l'intérieur de l'organisme. Il montre ensuite que sur le plan sexuel n'importe quel point du corps peut aussi être à l'origine d'une pulsion jusqu'à son aboutissement. Freud propose de distinguer le groupe de pulsion sexuelle d'un autre groupe qui, lui, a plutôt fonction de maintenir en vie l'individu. Ce second groupe de pulsion englobe les pulsions qui poussent le sujet à se nourrir, à se défendre, etc. c'est-à-dire les pulsions d'autoconservation que Freud ne tarde pas à nommer plutôt pulsion du moi.

D'un point de vue épistémologique, le terme pulsion apparaît très tôt dans l'œuvre freudienne, où il vient donner le rang de concept à une notion assez mal définie, celle de l'énergie. Dès ce moment, ce concept prend très vite une position essentielle dans la théorie analytique, jusqu'à en devenir la clé de voûte. La pulsion est devenue un concept fondamental

de la psychanalyse destiné à rendre compte, par l'hypothèse d'un montage spécifique, des formes du rapport à l'objet et de la recherche de la satisfaction. Cette satisfaction ayant des formes multiples, il convient généralement de parler plutôt des pulsions que de la pulsion, hormis dans le cas où l'on s'intéresse à leur nature générale, aux caractéristiques communes à toutes les pulsions. Celles-ci sont au nombre de quatre : la source, la poussée, l'objet, le but.

La source est corporelle, elle procède de l'excitation d'un organe qui peut être n'importe lequel. La poussée est l'expression de l'énergie pulsionnelle elle-même. Le but est la satisfaction de la pulsion, autrement dit la possibilité pour l'organisme d'accéder à une décharge pulsionnelle c'est-à-dire de ramener sa tension à son point le plus bas et obtenir ainsi l'extinction. Quant à l'objet, c'est n'importe qui permet la satisfaction pulsionnelle, qui permet au but d'être atteint. Les objets pulsionnels sont innombrables et que le but pulsionnel ne peut être atteint que de manière provisoire. L'autre versant de l'article porte sur les vicissitudes des pulsions et leurs sorts. Ce ne sont guère des sorts heureux. Ces vicissitudes tiennent du fait que les pulsions ne puissent atteindre leur but. Freud en dénombre cinq vicissitudes ou façons d'organiser, en quelque sorte le ratage de la satisfaction : le refoulement, la sublimation, le renversement dans le contraire, le retournement sur la personne propre, le passage de l'activité à la passivité.

Par ailleurs, les manifestations pulsionnelles conduisent à la formation d'une image de soi. Dans cette constitution, la théorie du Moi-peau de Didier Anzieu (1974 ; 1985 ; 1994) a été mise en contribution pour expliquer l'objet de notre recherche. Le moi-peau est un concept psychanalytique basée sur les limites et les contenants psychiques. Anzieu a étudié les contenants psychiques à travers notre principale enveloppe, la peau. Il définit le moi-peau comme « une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme un Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience à la surface du corps [...] ». Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif ». Cette métaphore de Didier Anzieu ne désigne pas seulement une enveloppe physiologique, elle a une fonction psychologique qui permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact, d'inscrire les éléments psychiques. La peau par ses propriétés sensorielles, garde un rôle déterminant dans la relation à l'autre.

En fait pour Didier Anzieu, tous les processus de pensée ont une origine corporelle. C'est la spécificité des expériences corporelles qui va se traduire par la spécificité des

processus de pensée, par les angoisses et les inhibitions correspondantes. La vie en hémodialyse est un vécu du toucher, toucher du corps et de mise en mal des fonctions du moi-peau.

Ensuite, nous avons embrayé sur les positions théoriques du narcissisme. Ces positions sur le concept de narcissisme ont amené Freud à l'introduire dans la théorie des pulsions. Le mot « narcissisme » a été introduit en psychanalyse par Freud (1911) pour désigner l'amour qu'un individu porte sur lui-même. Il s'agit d'un comportement par lequel un individu traite son propre corps de façon semblable à celle dont on traite d'ordinaire le corps d'un objet sexuel. Il le contemple donc en y prenant un plaisir sexuel, le caresse, le cajole, jusqu'à ce qu'il parvienne par ses pratiques, à la satisfaction complète. Selon Diane Guay (2006), trois périodes de conceptualisation du narcissisme se succèdent autour de 1914. Dans la première période, le narcissisme y apparaît comme un stade précoce où a lieu l'unification des pulsions partielles auto-érotiques (Freud, 1905 ; 1913). Dans la deuxième période, le but est d'assurer le développement dans la théorie de la libido. Le narcissisme est alors construit sur trois principales questions qui en permettent le développement dans les aspects pathologiques tels que les perversions, les psychoses, l'homosexualité, névroses, maladies organiques, hypocondrie (Freud, 1914). Freud décrit le narcissisme comme investissement libidinal du moi et comme choix d'objet distinct du choix d'objet par étayage. Le développement du psychosexuel du sujet débouche à une articulation de deux formes de narcissisme : le narcissisme primaire et le narcissisme secondaire.

Le narcissisme primaire est expliqué dans sa dimension intrapsychique comme une situation psychique dans laquelle, le moi au début de la vie psychique, est originellement investi par la pulsion et est capable de satisfaire ses pulsions sur lui-même ; ce qui correspond à la première étape de la vie psychique de l'enfant qui est dans une relation fusionnelle avec sa mère et ne fait pas la distinction entre lui et celle-ci et où toute sa libido est investie sur lui-même. Plus tard, une partie de ce narcissisme est cédée aux objets.

Le narcissisme secondaire fait référence au mouvement psychique qui consiste à envoyer vers l'extérieur une partie de cette libido vers des objets extérieurs et qui feraient, dans un second temps, retour vers le Moi, au détriment de ces objets (Freud, 1914 ; Laplanche et Pontalis, 1967). Pour cela, Freud utilise l'expression de libido du Moi ou libido narcissique. Il fait la distinction entre libido d'objet et libido du Moi : plus l'un absorbe, plus l'autre

s'appauvrit ; ce qui traduit l'existence de conflits susceptibles de survenir suite aux disparités d'énergie.

Selon la métapsychologie freudienne, le moi est décrit comme le détenteur du capital libidinal qui peut diriger la libido vers l'objet, la garder ou la ramener vers lui-même. Freud (1914) soutient que l'investissement de la libido sur les objets n'élève pas le sentiment d'estime de soi. La dépendance par rapport à l'objet aimé a pour effet d'abaisser ce sentiment, l'amoureux est humble et soumis. Celui qui aime a pour ainsi dire, payé amende d'une partie de son narcissisme, et il ne peut en obtenir le remplacement qu'en étant aimé. Sous tous ces rapports, le sentiment d'estime de soi semble rester en relation avec l'élément narcissique de la vie amoureuse. La perception de son impuissance, de sa propre incapacité d'aimer, par suite de trouble psychique ou somatique agit au plus haut degré pour abaisser le sentiment d'estime de soi. C'est ici selon Freud qu'il faut chercher l'une des sources de ces sentiments d'infériorité qui est manifesté chez les malades souffrant d'une névrose de transfert. Mais la source principale de ces sentiments est l'appauvrissement du moi résultant du fait que des investissements libidinaux extraordinairement grands sont retirés au moi, donc la blessure infligée au moi par les tendances sexuelles qui ne sont plus soumises au contrôle.

Quand la libido est refoulée, l'investissement d'amour est ressenti comme un sévère amoindrissement du moi, la satisfaction amoureuse est impossible, le renchérissement du moi n'est possible qu'en retirant la libido des objets. Le retour au moi de la libido, sa transformation en narcissisme, représente en quelque sorte le rétablissement d'un amour heureux, et inversement un amour réel heureux répond à l'état originaire où libido d'objet et libido du moi ne peuvent être distinguées d'un de l'autre.

Ramené à notre sujet, ces théories nous ont permis d'établir comme préalable que la source des pulsions est corporelle. C'est à partir des expériences corporelles que se déploient les processus de pensées et les différents troubles psychopathologiques. Ces théories nous permettent de comprendre qu'un sujet est un être doté d'une énergie libidinale. Cette énergie gérée par l'instance du moi peut s'enrichir du narcissisme du moi et d'autres formes d'investissement comme les fantasmes ou les symbolisations. La théorie pulsionnelle et du narcissisme nous permettent de comprendre à quel point l'être est vulnérable dans des situations de troubles organiques. Dans ces conditions, le sujet ne s'aime plus car la maladie et sa prise en charge ont pris possession du corps. La situation est d'autant plus éprouvante lorsqu'on en vient à établir qu'il s'agit d'une maladie chronique qui, non seulement astreint le

patient dans une situation d'irréversibilité de son état de santé mais aussi le soumet une prise en charge assistée par machine. L'hémodialyse se substitue au rein en panne, elle est traumatisante car elle effracte le corps, le chosifie, en un mot joue avec la vie du sujet. Le moi s'appauvrit car cesse d'investir le monde qui l'entoure, pourtant source d'approvisionnement en énergie, il investit plutôt sur son corps qui malheureusement est déchiqueté et rendu inutile comme en témoigne les signifiants de l'irruption de la machine à dialyse dans sa prise en charge. La satisfaction pulsionnelle est impossible au point où le moi se meurt car emparé par l'angoisse de mort. Les fonctions du moi-peau sont bafouées particulièrement les fonctions de pare-excitation et d'individuation. Le corps n'a plus de limite car la machine s'introduit en maître dans l'intimité du sujet.

Malgré tout, quel que soit le niveau de souffrance et de désespoir du sujet face aux énoncés de la mort, le sujet a la possibilité d'alléger sa souffrance en optant soit pour une élaboration soit pour une évacuation par voie de négation comme le prévoit André Green dans son concept sur le travail du négatif. Nier dans le psychisme veut signifier plusieurs choses : inverser, déplacer, délier, s'approprier, aliéner, abolir, diviser, dénier, etc.

André Green puise chez Winnicott et Bion autant que chez Freud l'idée d'une double portée du négatif à la fois structurant et déstructurant qui le met en relation étroite avec la dynamique entre pulsion de vie, pulsion de mort, les processus de liaison et de déliaison. Nous allons davantage dans cette étude nous intéresser aux processus structurants du travail du négatif.

Selon Green, le négatif est une question qui, en s'y intéressant de près, traverse toute l'œuvre freudienne et qui comme l'affirme Jean Guillaumin est même un des fondements du dispositif psychanalytique. C'est avec l'article de Freud « verneinung », (la négation) (Freud, 1925) que l'approche du négatif s'affine et s'ouvre aux développements contemporains, et non seulement dans le champ psychanalytique. Freud n'avait pas formulé un système de la négation. Freud et Hegel cités par Pagès (2015) dans son ouvrage *Les intermittences de sens*, sont les précurseurs du concept de négativité psychique. De leurs différents travaux ont découlé les cinq lois représentant les structures communes de fonctionnement de la négation.

La première loi est la loi du développement. Le moi constitue une unité acquise, il doit donc se former se former pour acquérir cette unité. La deuxième loi stipule que ce qui est nié n'est pas détruit, mais maintenu, non pas à l'identique mais sous forme différente. Ce qui est nié est d'ailleurs exigé et appelé par la loi de l'activité et du développement. Sans négatif, pas

de mouvement. La troisième loi est la loi de la répétition ; le travail du négatif est un travail qui implique une série de négation. La quatrième loi est la loi de l'opposition. La vie psychique est régie par les conflits et des situations de dualité. La cinquième loi est la loi de la dissimulation. Le psychisme est rempli d'effets méconnaissables. Le refoulement est un travail de dissimulation.

Par la suite, Green (1993) identifie quatre aspects du négatif :

- un sens oppositif, polémique « comme une opposition active à un positif »
- un sens symétrique, simple contraire d'un positif de valeur équivalent mais inversée
- un sens renvoie à une notion d'absence, de latence, « comme quelque chose qui, contrairement aux apparences continue d'exister même quand elle n'est plus perceptible par les sens ».
- un sens équivalent au « rien », c'est-à-dire « quelque chose qui ne s'oppose pas ici à un adverse contraire mais à un néant.

Toutefois, Freud et Hegel établissent que le négatif psychique semble accoucher de formations « positives » grâce auxquelles la psyché peut se maintenir en vie et dans un certain équilibre. Pour établir cette thèse et confirmer l'analyse du négatif en terme de négativité, il faut d'une part revenir en détail sur le fonctionnement psychique et en particulier sur les mécanismes de défense et d'autre part, montrer que la présence du négatif excède les phénomènes étiquetés par Freud comme négatif (négatif, dénégation, négativisme, réaction thérapeutique négative, transfert négatif, hallucination négative, etc.).

La négation se trouve au croisement de toutes les défenses que le sujet utilise pour se protéger des poussées pulsionnelles inconscientes. C'est la façon la plus normale, névrotique jusqu'au désaveu ou déni qui comporte en même temps le refus et l'acceptation de la réalité de la castration, et jusqu'au rejet ou la forclusion qui refuse toute réalité à la présence d'une donnée insoutenable pour le sujet, une sorte d'abolition interne qui ouvre quand même une voie pour un retour de l'extérieur.

Le travail du négatif crée donc le vide, un travail de suppression radical par le négatif. Le vide se met en place d'un objet qui n'est plus là psychiquement. Et pour Green comme pour Winnicott, la réalité psychique est capable de construire et de percevoir le vide, même si l'objet réel réapparaît. Le vide s'impose comme la seule réalité comportant le risque ultime de

la mort. Seulement, ce vide doit être entretenu car sans ultime recours à un quelconque appui renvoie à la disparition de soi, à la non existence, signifiant potentiellement la mort (Panos Aloupis, 2017). Si le refoulement est une modalité la plus simple pour rendre négative une représentation, le désaveu ou déni se situe à mi-chemin entre la possibilité de la représentation et son rejet (ou forclusion) qui n'est autre que le refus absolument négatif d'une réalité insupportable. Ce désaveu ne veut ni rejeter, ni retenir, il se refuse à la représentation et cherche une perception de remplacement : c'est le fétiche ou le fantasme. Le sujet affirme et nie dans le temps et la croyance dépasse les limites de la perception de la réalité. S'ouvre ainsi une possibilité de domination de la réalité psychique sur la réalité matérielle et le besoin de croire de l'être humain. L'expérience de la mort crée des cadres de représentations de substitution qui contient le vide c'est-à-dire la non existence de l'objet. Le désaveu s'installe pour parer au danger de la perte d'identité (sexuelle). L'identification s'efforce de répondre à la menace de la perte de l'objet. L'appareil psychique non seulement produit mais transforme dans le sens négatif, en effaçant ce qui est advenu, non seulement à travers le refoulement, le désaveu ou la forclusion, mais aussi en négativant l'expérience elle-même.

L'opération de négation doit être le moyen d'une élaboration ou d'une construction psychique. Le refoulement n'est pas une négation, pour cette simple raison qu'il s'agit d'un mécanisme de défense qui permet à la psyché de tenter de se soustraire au danger interne. Et donc pour Green, si l'acte de négation permet la constitution d'un rempart ou d'un état pour le psychisme, il devient possible de parler de négativité et non pas seulement de négation ou de négatif. La négativité psychique représente une structuration psychique par voie de négation. La présence du négatif serait l'instrument de construction psychique. Le négatif psychique tient à la façon dont sont compris les mécanismes de défense. La psyché mobilise des « défenses » pour faire disparaître ou rendre inoffensif ce qui la menace. Il s'agit de séparer la représentation de son affect, c'est-à-dire de sa force, de son énergie, ce qui permet de maintenir une certaine intégrité psychique. Un acte de négation est alors tenu par une défense. Il mobilise de la négation en quelque sorte à contre-emploi puisqu'au lieu d'engendrer un résultat purement négatif, celle-ci devient le moyen d'une certaine élaboration. Il s'agit de nier pour se construire, nier pour se défendre. Le négatif sert à produire quelque chose de positif : une protection, une aide. Tel est la structure contradictoire du négatif : **Condition d'une autre existence** (Green, 1995, p.33).

Green fait du travail du négatif un processus « une chaîne » inconscient permettant au moyen d'un « non » de défendre, ou d'essayer de défendre le psychisme. Green (1993, p.87)

désigne par travail du négatif une structuration insoupçonnée du psychisme non conscient, une opération latente, là où l'on ne voyait que hasard, aléatoire, absence de structuration en principe neutre ou encore l'ensemble des défenses primaires (refoulement, désaveu, forclusion, négation) qui ont en commun leur obligation de statuer par oui et par non sur un quelconque élément de l'activité psychique, pulsion, représentation de chose ou de mot, perception, qui sont les instruments et les processus par lesquels le jugement psychique est prononcé (Green, 1995, p.26).

5-2 INTERPRETATION DES RESULTATS

Les chapitres précédents de cette recherche nous ont clairement édifiés sur le vécu de l'hémodialyse et l'image du corps du patient. Sous ce titre, nous partons du rappel des enseignements théoriques pour aborder l'interprétation et la discussion des résultats de la recherche au regard des attentes de notre hypothèse générale de recherche. Le travail de recherche a porté sur l'étude des mécanismes psychiques qui interfèrent dans la sauvegarde de l'image du corps du sujet dialysé au CHU de Yaoundé. La tâche actuelle est de donner du sens aux indices qui constituent les matériaux sur lesquels la discussion va reposer qui à leur tour donneront lieu à des perspectives théoriques.

5-2-1 Interprétation des données issues de l'absence de névrosisme adossée à la croyance au fétiche et image du corps du sujet dialysé

Vivre l'hémodialyse c'est entrer dans le vécu des pertes multiples. D'entrée de jeu, le sujet doit faire face à la violence de l'annonce de la maladie. Il s'agit pour la majorité des cas de cette affection chronique à laquelle les patients ne s'attendaient pas. Le diagnostic sonne donc ici comme un couperet qui vient freiner l'élan de la vie. A la suite du diagnostic, il s'en suit la prise en charge contraignante qui malheureusement se fera à vie, car la dialyse ne guérit pas du dysfonctionnement du rein. Le corps est castré et maintenu en vie grâce à une machine. Placé dans un contexte de représentations négatives sur la maladie, c'est-à-dire l'idée de la mort qui se présente avec fracas au sujet, cumulé à d'autres énoncés éprouvantes en dialyse notamment le contexte des soins, certains patients utilisent des moyens de défense pour nier subtilement leur condition tout en admettant la réalité qui se présente à eux. Ils essaient donc pour ainsi dire évacuer la douleur psychique infligée par l'objet-corps en faisant dominer la réalité psychique sur la réalité matérielle. Le sujet tente donc de combler la

blesse narcissique en substituant l'objet sexuel manquant par un autre qui pourrait lui permettre de retrouver son intégrité corporelle : c'est le fétiche. Il s'agit d'un substitut impropre à l'objet sexuel, une déviation relative au but sexuel.

Dès l'entame de la question, Freud (1905) soutient : *l'angoisse de castration que génère cet état ne peut trouver d'autres aménagements que celui de sa négation propre grâce au mécanisme de déni, certes, mais aussi à la projection sur une chose de la valeur d'intégrité narcissique à l'appareil psychique*. Ces propos justifient à l'évidence le fait que les patients en hémodialyse trouvent leur équilibre psychologique grâce à l'amour qu'ils portent sur la machine à dialyse. La machine à dialyse remplace le rein et fait partie intégrante de leur corps. La machine est la mère perdue et retrouvée, son objet d'amour. Voilà pourquoi le sujet manifeste une expression de joie et de confiance en soi car le sujet sait que cette machine lui fournit des soins telle une véritable mère qui assure le holding de son enfant (Winnicott, 1992). La machine assure la fonction pare-excitation très souvent assurée par la mère qu'elle remplace désormais, une fonction qui lui permet d'élaborer par la suite une série de mécanismes de défense.

En retour, le sujet aime la machine au même titre qu'une partie réelle de son corps. Elle palie à l'incapacité du corps à le faire vivre seul. Le sujet reconnaît les fonctions du rein dans ce rôle vital de la machine. La machine nettoie le corps des constituants en excès et des déchets de l'organisme. La machine secourt l'homme et lui donne la vie. Elle vient donner le sentiment de complétude au sujet. A travers la machine, le sujet retrouve le sentiment d'une continuité de la vie. La machine est la réponse constituée pour répondre de manière vigoureuse à l'agression de la maladie. Le fétiche est un pouvoir, une condition d'amour (Freud, 1927). A travers la machine, le sujet retrouve la joie de vivre, il se sent confiant face à l'avenir. Les propos de ces patients sont assez révélateurs sur la question :

M. A (Arnold) :

La dialyse c'est notre compagnon, Avec la machine je suis comme relié au cordon ombilical de ma mère. Elle et moi on fait qu'une. C'est elle qui me nettoie des déchets, elle prend soin de moi, elle me protège. C'est notre partenaire et notre raison d'être. Dans tous les cas, tant qu'il y'a la machine il y'a la vie. Elle nous maintient en vie. Voilà pourquoi je suis toujours là au rendez-vous. Parfois j'arrive ici avant

l'heure de ma séance. Et même s'il y'a des problèmes je patiente et je sais que je vais dialyser. Moi je me sens à l'aise quand je suis branché.

Dans le prolongement de sa théorie sur le fétichisme, Freud (1927) précise : *le fétiche n'est donc qu'un cas particulier, mais très éclairant. Il est le voile qui camoufle que derrière lui l'objet est toujours indexé au manque. Et finalement tout système imaginaire et symbolique participe de cette opération de voile du réel.* Pour détoxifier les effets de la dialyse, certains sujets en dialyse optent pour une fétichisation de la fonction professionnelle. Le jour de la dialyse, ils ne cessent de mettre en avant les multiples occupations professionnelles auxquelles ils font face chaque jour. C'est une façon pour eux de palier à l'angoisse de la mort à travers ce voile de la fonction professionnelle. Sous un autre angle de la chose, il peut s'agir d'une forme d'évitement de cette condition qui au demeurant est éprouvante. C'est pourquoi, certains se montrent extravagants dans leur tenue vestimentaire et même dans leur propos. Ils n'hésitent pas à valoriser leur fonction donnant l'impression qu'ils sont tout aussi aptes à les assumer comme l'homme ordinaire. C'est ainsi le cas de **M. A** lorsqu'il déclare avec élégance le jour de sa dialyse que sa journée est très surchargée, il doit rendre visite à ses partenaires. Il croit ainsi échapper à la souffrance psychique de la dialyse en mettant en concurrence la dialyse et ses fonctions professionnelles.

Pour mieux croire au fétiche, le sujet doit opérer à une personnalisation de la machine. Cet aspect de la question est soutenu par Freud (1927) lorsqu'il établit que : *le fétichisme confère une surestimation sexuelle et est lié à une zone de fonctionnement psychique plus étendue. Il porte le reliquat de l'odorat qui échappe au refoulement.* On comprend donc par-là pourquoi le sujet donne des pouvoirs extraordinaires à la machine à dialyse. Le sujet crée une image de soi qu'il transfère à la machine. La machine semble avoir désormais un psychisme et un objet avec lequel il peut interagir. Elle a une puissance exceptionnelle, elle peut octroyer cette force à qui elle veut. La machine a des sentiments, elle a des intuitions et est favorable à ceux-là qui ne se sentent pas coupables vis-à-vis d'elle ou du monde. Elle sanctionne nos actes, récompensent les méritants en favorisant leur longévité. Pour témoigner de cette croyance, les patients s'en trouvent aliénés par ces machines qui finissent par les subjuguier. C'est pourquoi le patient **M.D** déclare :

Ces machines sont nos alliés de tous les jours, elles nous connaissent,
c'est vraiment un personnel soignant, je dirai qu'elles sont même

spirituel car elles font parfois des caprices et bien après elles reprennent le fonctionnement normal. Parfois, elles choisissent les patients qu'elles préfèrent.

Par ailleurs, les patients sont parfois ambivalents car manifestent des attitudes contradictoires et qui s'ignorent à l'égard de la réalité en tant qu'elles contrarient l'exigence pulsionnelle. L'une de ces attitudes tient compte de la réalité, l'autre la dénie : c'est le clivage du moi (Freud, 1920). A ce titre, M'Uzan (2006), note qu'un clivage est préférable à une impasse car celle-ci ne laisse aucune place pour la résolution d'un conflit. C'est donc le lieu de rappeler cette forte tendance des dialysés à tenter d'ignorer carrément les éprouvés de la dialyse. Le déni est protecteur et permet de réprimer l'angoisse de mort mais n'empêche pas de se soigner. Pour y parvenir, ils utilisent des formules de négatif. **M. D** nous confie :

Moi j'ai opté pour une philosophie, la dialyse s'arrête ici à l'hôpital.

Dès lors que je sors d'ici la dialyse n'existe pas. Ce n'est pas parce que je suis malade que je dois le faire savoir à tout le monde. Mes problèmes de santé sont une affaire personnelle et ma petite famille.

Sur le plan des faits religieux, la croyance au fétiche s'en trouve également renforcée en dialyse. D'après le travail du négatif, l'expérience de la mort crée des cadres de représentations et de substitution qui contient le vide c'est-à-dire la non-existence de l'objet. La croyance du patient dépasse la perception de la réalité voilà pourquoi ces derniers invoquent les miracles comparables à ceux narrés dans les récits des textes religieux pour rendre supportable la douleur de ce vécu. Ils reconnaissent la force de la foi et de la confiance en Dieu lorsqu'on est face aux difficultés de menace à la vie. Le recours aux divins est considéré comme la sollicitude d'une force exceptionnelle pouvant renverser à leur avantage la tendance de toute situation qui veuille les conduire à l'abîme. La croyance au divin est un recours à la force qui entretient l'illusion de l'immortalité. Le sujet interprète sa situation sous le registre salvateur du discours de la foi. C'est le divin qui commanderait les machines, il les soumettrait à son ordre. Il peut opérer sur une manette susceptible de changer la situation d'irréversibilité qu'impose la panne du rein. De l'inquiétante étrangeté de la dialyse, le divin filtrerait le sentiment de sécurité et d'espoir. Voilà pourquoi on peut entendre dire.

Mlle C :

A la veille de ma dialyse, je prie mon Dieu pour que ça se passe bien et après je viens tranquillement à l'hôpital et puis c'est tout. Je vais à la messe régulièrement et surtout quand je suis vraiment débordée.

Nous constatons qu'en appui à la croyance au fétiche, les sujets rencontrés font recours à des dispositions particulières pour faire à la dialyse. La croyance au fétiche est accompagnée d'une absence de névrosisme. Le sujet se soumet à la dialyse et exprime une joie à vivre ce moment. La dialyse est vécue comme une délivrance mieux une renaissance. Le sujet ajuste son humeur à la situation qu'il vit pour contrer les affects négatifs qui émaneraient des désagréments de la séance de dialyse et des sentiments négatifs qu'elle suggérerait.

5-2-2 Interprétation des données issues de l'extraversion adossée à la croyance en la force de la personnalité et image du corps du sujet dialysé

Selon Green (1993), la notion de travail du négatif paraît également sur le modèle signifier une expérience de liaison ou d'élaboration. Voilà pourquoi les sujets utilisent comme autre moyen la recherche du sentiment d'identité et de cohésion du corps par l'extraversion s'appuyant sur la croyance en la puissance de sa personnalité dans le vécu de la dialyse. Nous nous sommes rendu compte que les patients font confiance à l'efficacité de leurs organes corporels. Très souvent, l'opération de dialyse affecte la silhouette corporelle du sujet. Les patients perdent généralement en poids et se retrouvent parfois avec des corps déformés du fait des multiples opérations sur le corps. Le corps s'assèche et s'assombrit. Cependant, il arrive parfois qu'en dialyse tous les patients ne vivent pas ces déformations corporelles. Ceux-là peuvent attribuer cette absence de symptôme à la force vitale de leur corps à résister à la maladie, et par extension, l'interprétation qu'ils font de leur longévité en dialyse. Plus la longévité s'accroît plus le sujet a le sentiment d'attribuer la défiance de la maladie à la valeur biologique de son corps. Il y va de son intérêt surtout que c'est ce corps qui est médiatisé par le langage dans la vie sociale à laquelle certains accordent une grande valeur. Voilà pourquoi

M. B avance : *Avant je pesais 115kg et après j'ai chuté à 84kg, ce qui me remet dans l'espoir que les choses vont aller de mieux en mieux.*

Ceux qui résistent à cette épreuve malgré la présence de ces déformations corporelles s'appuient sur l'identification de leur symptôme chez d'autres patients pour rechercher un argument qui leur permet de nourrir leur narcissisme.

M. E :

Ce qui me fait croire encore en moi c'est quand je vois de petits enfants venir en dialyse. Cet enfant va faire comment pour arriver à l'âge où nous sommes. Comment va-t-il faire pour goûter aux plaisirs de la vie que nous autres avons vécus. Moi je peux m'en aller mais lui qu'est-ce qu'il a fait pour que cela lui arrive à cet âge.

Les sujets rencontrés font aussi recours aux liens qu'ils établissent avec leur environnement de vie. L'environnement familial, professionnel, l'hôpital ou les groupes d'appartenance sont de plus en plus évoqués comme des états narcissiques dont les sujets s'en vantent. Les patients développent parfois des rapports de proximité avec les soignants. Ils se confient à eux en faisant parfois des dons soit aux patients ou au personnel soignant. Ils sollicitent l'aide lorsqu'ils se sentent dans le besoin sans attendre qu'on l'imagine à leur place. Ils expriment leurs difficultés et recherche des réponses à leur questionnement. C'est pourquoi on peut entendre dire :

M. B :

Tous ces soignants me connaissent, ils viennent vers moi parce que je sais avoir de bonnes relations avec les gens. Quand j'ai un souci je l'exprime et on me donne la réponse qu'il faut. Même hors d'ici surtout avec mes amis médecins, ils me donnent des informations sur les préoccupations de mon vécu.

Le sujet parle de ses enfants, de sa famille et de ses différentes activités au sein des groupes. Il s'agit vraisemblablement des sources de chaleur lui procurant des émotions positives favorisant ainsi leur affirmation de soi. Par exemple, les sujets font confiance au corps familial pour faire face à la maladie. Comme un adage le dit : *au gros problème, de gros*

moyens. Les sujets en dialyse font recours à l'enveloppe familiale pour recouvrer leur estime de soi. Certaines familles entretiennent un fort sentiment d'estime au regard de leur statut social, de leur histoire, des réussites, de leur capacité à être solidaires ou de leurs potentialités. Cet estime est donc partagée entre les membres du groupe, y compris du malade (Kaes, 2009). Ces cadres confèrent donc au malade un sentiment de défiance vis-à-vis de la maladie. La représentation de la maladie et de ses énoncés est d'autant plus supportable qu'elle peut se reposer sur les liens intersubjectifs de qualité avec son entourage familial (et soignant) (S. Pucheu, 2015). C'est pourquoi, **M. B** déclare : *Ma famille et moi entretenons un projet de greffe rénale à l'étranger. J'espère sortir de l'auberge si tout se passe bien*. Il ajoute plus loin que : *même dans mon état de maladie les gens me sollicitent dans mon quartier pour assurer tel ou tel rôle, et moi je n'hésite pas de leur apporter cet appui à la hauteur de mes possibilités*. Le sujet mesure son efficacité sur la maladie et ses énoncés en rapport avec le niveau de responsabilité qu'il occupe dans son environnement socioprofessionnel. Ils essaient de mettre la passion dans leur travail et semble s'en tirer avec des émotions positives. C'est pourquoi on peut entendre certains déclarer :

M.B :

J'ai longtemps été directeur ici à l'Université. J'étais la pièce maîtresse. D'ailleurs j'ai réalisé de grands chantiers comme ces clôtures que vous voyez. C'est moi qui étais le superviseur. Ça veut dire que je suis quelqu'un qui est estimé et respecté. J'aime faire le bon travail, je n'aime pas du bricole. C'est peut-être pourquoi on me fait confiance.

Sur le plan familial, **M. D** déclare :

La maladie c'est dans la tête. En tant que successeur de mon père, je ne dois pas me laisser influencer par la maladie. Si j'ai été désigné successeur de mon père dans cette grande famille, c'est parce que j'ai sûrement mérité cela et je dois tout faire

pour être à la hauteur des attentes, même si mon état me fait de la peine.

D'autres patients se projettent dans l'avenir et formulent leur négation de la maladie en s'aidant des projets qui leur tiennent à cœur qu'ils espèrent toujours réaliser. C'est le cas de **M. A** qui trouvent que la dialyse lui a permis de se rendre compte qu'il n'a pas encore réalisé bon nombre de choses dignes d'un homme. Il doit donc tout faire malgré la maladie de les réaliser. Ce patient manifeste particulièrement une propension à l'activité. Ces échanges portent surtout sur ce qu'il doit faire après la dialyse et non se préoccuper de la dialyse. D'ailleurs ils n'hésitent pas à dire que la dialyse pour lui s'arrête à l'hôpital. Dès qu'il franchit le portail de l'hôpital, il ne parle plus de dialyse.

D'autres indices dans le discours des patients font dire que pour mieux vivre la dialyse, nos patients font usage de l'intellectualisation de la maladie. Ils se constituent en savant en voulant donner un sens logique à leur condition. Ils semblent avoir la maîtrise de la situation et le font savoir à travers les polémiques sur des sujets d'actualité. L'abstraction favorise la reprise libidinale par le travail de l'oubli de la menace qui pèse, elle leur permet de capter de l'énergie susceptible d'assurer l'estime de soi très indispensable à la sauvegarde de l'intégrité corporelle. Les événements à caractère éprouvant sont banalisés et dédramatisés en classant les faits dans le cours normal des choses. Ils se servent d'exemples puisés çà et là pour montrer que leur situation n'est pas un cas atypique. Et pour cela, ils font usage des généralisations. Ils pensent avoir l'expérience dans l'interprétation des signes de la maladie. Le temps passé en dialyse leur donne un pouvoir de connaissance sur les autres. C'est certainement au nom de cette intellectualisation que le patient **M. E** déclare : *Pour résister à cette maladie, il faut l'accepter, refuser de regarder ce que les gens font autour de toi, savoir lire les symptômes et surtout avoir un moral fort.*

Par la suite, **M.D** renchérit :

La dialyse est déjà comme une routine pour moi, j'ai déjà dialysé à Ebolowa. J'ai repris le corps et pour moi c'est un signe que mon état n'est pas dramatique. Le problème est que quand vous arrivez ici tout le monde pense que c'est la mort, or c'est faux. La preuve en est que me voici. Je fais mes dialyses depuis

6 ans et je vis, on veut quoi de plus en dehors de cette vie ! les gens s'enferment dans de fausses idées et ils croient à ça. Il faut être ouvert aux autres, ça aide. Et en plus, qui ne va pas mourir ? C'est le chemin de tout le monde. Tous ces gens qui meurent là c'est la dialyse ?

Dans ces discours, nous trouvons bien des traces de négativité psychique qui se conforment aux aspects du négatif identifiés par Green (1993). Green nous avait déjà prévenus sur l'analyse de tels discours en indiquant que les discours du négatif comportent un sens oppositif, polémique, comme une opposition active à un positif. Green poursuit en émettant l'idée que le discours du sujet a souvent un sens équivalent au « rien ». Toutes ces formules du négatif servent selon Green (1995) à produire quelque chose de positif ; une protection, une aide.

La dialyse c'est aussi un partenaire de tous les jours, un exercice auquel on s'est habitué ou qu'on doit s'habituer étant donné que c'est la solution de l'heure. La dialyse fait partie de la vie du sujet. Elle constitue un démembrement de son corps, un comprimé que l'on ingurgite. Pour ingurgiter ce comprimé qu'est la dialyse, il faut déjà accepter qu'elle a des vertus. La dialyse leur fait du bien et en retour le sujet cherche à lui rendre cette sollicitude indirectement à travers des actes d'altruisme, des comportements d'humour. La dialyse ne pouvant recevoir des dons venant du sujet, ce dernier préfère rendre cet acte humaniste et salvateur aux personnes qu'il rencontre, en souvenir des bienfaits que lui rend la dialyse. Il incorpore donc la dialyse et se réjouit de la bonté de ses bonnes œuvres. On retrouve par là ce que Green a déclaré : la négativité psychique n'est pas seulement un acte de négation, pour cette raison que la négation sert à produire quelque chose de positif.

5-2-3 Interprétation des données issues de la conscience aiguë adossée à la croyance en la force de la médecine et l'image du corps du sujet dialysé

Selon Causeret (2006), les machines servent les tendances prométhéennes de l'homme à savoir son omnipotence propre au narcissisme primaire. Le recours à la machine confère à l'homme l'illusion de puissance et d'indestructibilité. La machine protège l'homme et consolide ses pulsions d'autoconservation. Elle suscite le déni et son corollaire le clivage du

moi pour alléger l'angoisse résultant de la menace de mort, car la machine repousse les limites de la vie dans une situation de désespoir. Dans le cas de l'hémodialyse, l'on voit bien que la main de l'homme est impuissante face à la réalité de la mort qui se dessine lentement. C'est pourquoi les patients placent leur confiance en la science et se projettent en l'avenir. L'angoisse de mort n'est donc plus si intense au point où un patient déclare :

M.B :

Le jour de mon mariage, tout le monde savait que je vais m'écrouler. Croyez-moi, toute une ambulance avait été mise à ma disposition durant cet évènement. Depuis lors, des années sont passées et me voici. Je suis malade mais ai-je l'impression d'être si souffrant ? Les gens me demandent quel est mon secret, eh bien je leur réponds que je prends mon traitement au sérieux. J'investi sur ma santé, je suis mes dialyses. Mon traitement passe avant tout. Surtout je ne m'encombre pas avec des idées irrationnelles ou saugrenues. Je fais confiance à la médecine, c'est grâce à elle que nous vivons, et surtout il faut positiver, éviter de voir le noir partout, être dans les groupes quand c'est possible, etc.

Malgré les limites de la médecine pour guérir de la maladie, certains patients placent leur espoir dans une possibilité de guérison. Le sujet se projette dans l'avenir en mettant les moyens et la discipline dans son traitement. C'est pourquoi Marty(1980) précise que seul le retrait des investissements précédents accompagnés de nouveaux investissements est susceptible d'éponger les traumatismes. Les sujets aliènent la représentation de la maladie par la croyance à un avenir hypothétique ; ce qui leur permet de retrouver une sorte d'intégrité narcissique. Ils croient fermement que leur survie peut être étendue grâce à une bonne compliance. C'est pourquoi ils valorisent les soins et cherchent à s'identifier aux normes thérapeutiques. Ils affectent des pouvoirs thérapeutiques très particuliers à la dialyse et aux prescriptions de suivi. C'est pourquoi **M. D** déclare : *ces machines détiennent notre vie, c'est pourquoi je ne manque pas mes séances de dialyse*. Et **M. A** de renchérir :

Je fais confiance à la médecine depuis que mon oncle m'avait expliqué l'affaire. Je prends au sérieux mon traitement, surtout ces machines, elles sont là pour nous et tant qu'elles sont là, il y'a la vie. On espère que des solutions plus efficaces seront trouvées un jour. Je ne peux pas me rendre chez les praticiens, c'est des illusionnistes.

L'expérience de la dialyse passe aussi par la vigilance. Connaissant les multiples événements ou situations qui se produisent habituellement en dialyse comme les changements brusques de machines, la tension qui baisse, les complications de branchement, les bulles d'air qui s'engouffrent dans les cordons, les pannes de machine, etc. certains sujets arrivent à anticiper sur ces éventualités trouvant des mots justes pour justifier ces situations souvent angoissantes (DSM IV, 2000, p. 934). Cette vigilance contribue à établir la fonction pare-excitation.

5-3- DISCUSSIONS, PERSPECTIVES DE L'ETUDE

Cette partie est consacrée à la discussion des résultats et aux perspectives de l'étude. Il s'agit dans un premier temps de confronter les résultats aux théories énoncées dans le cadre de ce travail afin de voir la pertinence de nos hypothèses, ensuite mettre l'accent sur ce qui en découle de notre étude sur le plan théorique puis empirique.

5-3-1 Discussion des résultats

Au terme des analyses précédentes, il en ressort des résultats obtenus que les sujets rencontrés ne font pas seulement recours à la croyance, mais font aussi recours à des processus adaptatifs. C'est ainsi qu'ils mettent sur pied un ensemble de stratégies d'adaptation à l'instar de l'absence de névrosisme, le lien avec leurs objets fétiche, ils recourent aussi à l'extraversion et à un état de conscience aiguë.

Le rapport avec les objets fétiche suscite des sentiments de joie et de paix intérieure. Le sujet se sent en sécurité et dégage une confiance en soi. La soumission à la machine et aux croyances religieuses créent de l'espoir et un sentiment de défiance vis-à-vis de la maladie et de ses énoncés. Par rapport à la machine, les sujets manifestent un sentiment de sécurité car la

machine assure les soins à l'instar d'une mère pourvoyeuse de soins. Elle assure la fonction pare-excitante et se voit attribuer des pouvoirs de sanctions sur les patients, raison pour laquelle les patients s'abstiennent des états émotionnels compromettants comme la colère, la tristesse, la culpabilité, etc. Par ailleurs, il apparaît rarement dans le discours des patients des idées irrationnelles portant sur leur maladie. Si certains sujets déclarent prier le matin avant de venir en dialyse, d'autres s'illustrent par des comportements de dégagement pour affronter les situations de stress que provoquerait la séance de dialyse. C'est parfois avec humour que certains de ces patients s'expriment pour évacuer la gêne de la dialyse. Le sujet se sent en sécurité, c'est pourquoi il exprime sa joie à se faire brancher sur la machine. Certains sujets prennent plaisir à faire des selfies sur le lit de la dialyse, preuve qu'ils mettent en œuvre la construction du « rien » dont parle Green (1993) dans le travail du négatif. Les patients évoquent passionnément leur progéniture, leur conjoint ou leurs activités professionnelles pour maintenir l'estime de soi qui viendrait faire ombrage à l'anxiété qui affecte la plupart des patients en dialyse. Il s'agit bien là d'une absence de névrosisme.

Ensuite, nous nous sommes rendu compte que les sujets font recourir à l'extraversion adossée sur la croyance à sa personnalité. Ils manifestent une disposition à la sociabilité, une propension à être actif un goût pour les réunions et groupes. Ils sont optimistes et misent sur le rapport qu'ils ont avec l'environnement. Etre actif constitue un moyen leur permettant de réaliser une forme d'affirmation de soi. Cette activité passe par le lien à l'autre de telle sorte que le sujet en retour, s'en trouve réinvesti d'énergie nécessaire pour reprendre son identité et procéder à une reconstruction narcissique.

L'extraversion conduit à l'évocation de la notion d'intersubjectivité tel que théorisée par Freud (1914) sur le narcissisme secondaire et repris par Kaes (2010) sur la fonction narcissante des groupes et des liens. En effet, partant du fait que le narcissisme est le protecteur du moi, Freud établit que pour renflouer davantage ce moi, le sujet a la possibilité de rechercher de l'énergie dans le rapport à l'autre c'est à dire le narcissisme secondaire. Il ajoute que tout lien impose des contraintes de croyances, de représentations, de normes perceptives, d'adhésion et d'idéaux. Kaes (2010), en référence à l'espace groupe, affirme que « cet espace a pour fonction de lier et de transformer les espaces psychiques des sujets qui sont membres du groupe. Il contient plusieurs espaces psychiques, chacun disposant de contenus spécifiques, d'organisation et de fonctionnement spécifiques, avec une topique, une dynamique et une économie distinctes » (p. 20).

Ainsi, à l'intérieur du groupe existent des liens qui ne sont que les connexions intersubjectives, la corrélation des « inconscient », des « Moi » et des « Surmoi », un interpsychisme. Le groupe est comme un seul individu avec une conscience, un inconscient et un préconscient à l'intérieur desquels les énergies circulent. Il existe donc un investissement libidinal narcissique groupal et objectal. On parlera de narcissisme primaire groupal et de narcissisme secondaire groupal.

Le narcissisme familial ou groupal permet la construction des narcissismes des membres au même titre que l'image du corps familiale facilite la construction de l'image du corps des membres. Les alliances inconscientes, les pactes, les fonctions du Moi-peau ou du cadre familial, l'inter-fantasmatisation ou la résonnance fantasmatique, la corrélation des subjectivités, les cordons ombilicaux qui organisent la réalité psychique groupale sont bénéfiques à la construction et au maintien du groupe mais aussi du sujet singulier pluriel. C'est pourquoi dans une étude parallèle sur la problématique du corps en dialyse, Pucheu (2015) affirme que selon la qualité des liens familiaux, l'optimisme dispositionnel (personnalité) face à l'avenir, le soutien social, l'insertion professionnelle sont des atouts susceptibles d'améliorer la qualité de vie et le bien-être du malade malgré la menace de la maladie et du traitement.

Pour ce qui est de l'état de conscience aiguë adossée à la croyance à la force de la médecine, les résultats font état d'indices montrant comment les sujets prennent leur traitement au sérieux, ils investissent sur le traitement et entreprennent des actions visant à faire un contrôle sur soi. Ils se montrent habiles dans la gestion du stress. Ils font confiance à la science c'est-à-dire à la dialyse, voilà pourquoi ils s'identifient aux normes thérapeutiques et se projettent vers l'avenir. Ils acceptent la perte et ont un sens élevé du devoir et de la conduite à tenir dans ces moments difficiles de leur vie. Pour bon nombre d'entre eux, ils manifestent de la vigilance, ce qui leur permet d'anticiper sur des situations stressantes et les désagréments que provoquerait le vécu des dialyses. Ils sont conscients des méfaits de la négligence thérapeutique, conscients aussi des limites que leur impose cette condition. Ceci passe par l'acceptation de la maladie et de son processus de traitement.

L'ensemble de ces résultats analysés et interprétés concourent à établir que pour sauvegarder l'image du corps, les sujets de notre étude font recours soit à la résilience soit aux stratégies d'adaptation notamment le coping. Ils font aussi recours à la recherche du soutien social. Si certains patients n'adoptent pas un type de comportement face à la dialyse comme

l'extraversion, ils régulent plutôt leurs émotions face aux éprouvés de la dialyse. Ils font aussi recourir à une conscience aiguë, toute chose qui est étayée par un ensemble de croyances. Seulement, d'autres études montrent que la perte ou le deuil crée généralement une tension psychique chez le sujet (Freud, 1927) et que le processus d'adaptation s'accompagne d'un travail de deuil qui va permettre au sujet de mener un travail élaboratif nécessaire à l'harmonie du moi. La présence du névrosisme chez certains patients ne signifierait donc pas un mauvais vécu de la dialyse mais plutôt le passage d'une étape indispensable à l'adaptation.

Avec Lago (2019), la personnalité influe sur le processus d'adaptation à la maladie. Elle déclare que les personnes de nature pessimiste ou enclines au névrosisme (trait de caractère avec une tendance persistante à faire l'expérience d'émotions négatives) rencontreraient davantage de difficultés à effectuer le travail d'adaptation. Il en va de même avec les personnes à pensées négatives ou dépressives. Elle poursuit en soutenant que les émotions peuvent être inhibées et refusées, ou au contraire reconnues et exprimées. D'une manière générale, il apparaît que la capacité à exprimer ses émotions favorise le processus d'adaptation à la maladie, y compris lorsqu'il s'agit d'émotions négatives. L'idée n'est pas de laisser déborder ses émotions, mais d'en prendre conscience de les reconnaître et de parvenir à les exprimer d'une manière ou d'une autre.

De plus, de la qualité de l'environnement familial, social et médical dépend l'adaptation du patient. Il ne s'agit pas seulement d'être extraverti mais que ce lien permette de cheminer dans le processus d'adaptation et d'acceptation de la maladie chronique. L'auteur souligne qu'un entourage compréhensif, aimant et aidant contribue à favoriser ce processus. Donc tout dépend du fonctionnement de la famille avant l'annonce de la maladie. On peut s'interroger sur les modalités de résolution de crises que les membres de la famille avaient avant et sur lesquelles ils sont en mesure de s'appuyer maintenant que la maladie est là. Le soutien de l'entourage ne doit toutefois pas être trop appuyé ni surprotecteur de peur de créer une forte dépendance vis-à-vis des proches. L'auteur soutient qu'il est également important de maintenir des relations sociales et amicales. En cas de difficultés, les associations peuvent constituer un étayage. La relation avec les professionnels de santé qui interviennent dans la prise en charge du patient joue également un rôle important. En effet, ces professionnels représentent pour lui un point d'encrage et un repère dans le temps, sur le plan matériel et émotionnel. De plus l'auteur pense que le sujet chronique doit se faire aider. C'est pourquoi elle demande de ne pas psychologiser ou psychiatriser la maladie.

5.3.2 Perspectives de l'étude

Dès l'entame de ce travail, la plupart des prédictions que l'on a formulé se trouvent vérifiées. La prise en compte des résultats permet de suggérer quelques pistes de réflexion sur les plans théoriques.

De plus en plus, comme l'a montré le contexte de cette étude, l'homme est affecté par des troubles somatiques assez graves qui se succèdent les uns des autres. Il s'agit parfois des troubles qui ne guérissent plus comme c'est le cas de l'insuffisance rénale chronique qui est prise en charge grâce au rein artificiel qu'est l'hémodialyse. On fait appel à un objet étranger qui vient suppléer l'organe défaillant du corps et avec lequel le sujet doit interagir pendant tout le reste de sa vie au cas où il ne se fait pas greffer. La dialyse affecte le sujet dans son narcissisme, au point où ce dernier ne voit que la fin fatidique. Le sentiment d'identité est oblitéré, car le corps se machinise. Voilà pourquoi Green décrit les ripostes que l'appareil psychique utilise pour parer à la menace.

Selon Green, le travail de défense imposé à l'appareil psychique face à l'idée de la mort est un exercice qui nécessite un coût en termes d'énergie. Pour survivre au danger de la maladie chronique, le moi doit mettre sur pied un système de défense à la dimension de la menace. Il ne s'agit plus d'un simple refoulement mais d'un système de négation assez solide qui permette au sujet de se construire une vie malgré la réalité de la maladie. Pour construire son concept de travail du négatif, Green s'était appuyé sur les défenses primaires énoncées par Freud. Lesdites défenses se sont vues synthétisées et intégrées dans un système de défense que Green appelle le travail du négatif dont le fonctionnement repose sur les lois de la négativité. C'est ainsi que si le sujet ne procède pas par l'hallucination négative face aux éprouvés à forte intensité traumatique, il peut nier ou construire l'oubli de cette réalité menaçante. Pour parvenir à faire face à la menace de mort, Green explique que le sujet a la possibilité de remplacer le vide psychique créé par le traumatisme de la maladie par la croyance. Seulement, comme nous l'avons montré dans les analyses, les sujets vont au-delà de la croyance en mettant sur pied des comportements et une régulation émotionnelle susceptibles de maintenir le sentiment d'identité et de permanence de corps. Il peut s'agir de l'absence de névrosisme, l'extraversion et une conscience aiguisée.

Mais seulement, la dialyse se vit dans un cadre qui est soit sa famille, le milieu professionnel, les groupes d'appartenance et surtout l'institution hospitalière. Dans ces conditions, des études peuvent se pencher sur les rapports que le sujet entretient avec ces

différents milieux pour que puissent se mettre en œuvre les modalités de vécu suscitées. Il s'agit surtout de rechercher les conditionnalités de fonctionnement des groupes d'appartenance dans le contexte de la maladie chronique capables de permettre au sujet de recouvrir une qualité de vie au moins acceptable soutenue par un sentiment toujours renouvelé de continuité de corps.

Il paraît difficile d'établir que seuls les processus psychiques négatifs individuels réalisent la fonction de contenance du sujet, car selon une particularité de données recueillies sur le terrain, les sujets convoquent par moment l'apport des liens dans la résistance face à ce traitement. Et à juste titre, Patrice Cuynet (2005) précise que l'image du corps serait le résultat des liens intersubjectifs qui peuvent se concrétiser dans les conduites interactionnelles avec l'espace des objets réels. Il définit les fonctionnalités de l'image du corps du groupe familial : associer, dissocier, transformer.

L'image du corps familial assure la fonction d'association c'est-à-dire rassemble et donne un sentiment narcissique de base d'être en présence partagée pour chacun des membres. Elle permet d'incorporer des éprouvés et de cohésion pour le vécu unitaire du corps individuel qui permet l'étayage d'un moi psychique. Le sujet tire ainsi son narcissisme primaire du fond synchrétique de l'identité groupale. La fonction de dissociation de l'image du corps se trouve par la définition d'un espace intime au « familial » en opposition à un espace public. Voilà pourquoi on a rencontré un sujet dialysé qui nous a déclaré que : *M.D les questions se rapportant à sa maladie sont une affaire personnelle et intime de sa famille*. Le sujet réalise un noyau interne pour se protéger et à partir duquel il tire son énergie en articulant son travail du négatif avec celui du groupe. L'image du corps familial soutient l'existence d'une frontière plus ou moins étendue entre l'intérieur et l'extérieur. La grande famille se distingue des autres groupes pour devenir un lieu de refuge, de régression et de sécurité. Enfin la fonction transformer vise la transformation et l'élaboration comme l'a proposé W. Bion (1962) de la mère qui métabolise les éléments brutes β en élément psychisés α .

Allant dans le même sens des effets du groupe, il est possible d'étudier le rôle de l'institution dans la formation de la négativité psychique car selon Kaes (2019) l'institution n'est pas qu'une formation sociale et culturelle, elle assure des fonctions psychiques individuelles et groupales fondamentales comme assurer les transmissions psychiques, développer l'illusion laissant croire une continuité dans l'hétérogénéité des expressions des expériences et des membres, lutter contre la possible irruption de l'impensé et du chaos, fonder les identifications des individus sur le groupe, et proposer des idéaux organisateurs,

etc. Ce faisant, une étude sur le travail du négatif de groupe articulant avec celui du sujet singulier peut paraître intéressant dans une compréhension plus holistique de cette réalité du « rien » que structure le sujet hémodialysé. Dans cette construction de la négativité, nous sommes tout à fait d'accord avec Green qu'une forte construction de la négativité expose le sujet à des dangers, car à force de créer le blanc de la pensée, il peut se retrouver plutôt à des nouvelles mises en danger. C'est pourquoi les travaux de Héraudet (2019) portant sur la relation d'aide décrivent le cadre psychique apporté par le professionnel. Il énonce que pour un mieux-être du sujet, le cadre doit assurer les fonctions dites « maternelles », « paternelles ». Il énumère par la suite les qualités humaines que doit avoir le professionnel.

5-4- LIMITES DE L'ETUDE

Les limites de cette étude sont en majorité liées au type de recherche et à la méthode qu'on a utilisée. L'une des limites la plus souvent relevées en matière de recherche qualitative réside dans l'impossibilité de généraliser les résultats de l'étude effectuée. Cela pose le problème de la représentativité. Quand l'échantillon n'est pas probabiliste, il y a difficulté voire impossibilité de généraliser les résultats obtenus. La présente recherche est concernée par cette impossibilité. Mais dans un travail où on cherche à nous rapprocher davantage de l'exhaustivité des mécanismes psychiques qui soutiennent la sauvegarde de l'image du corps empreinte à la double réalité de la maladie chronique et du poids du traitement qu'est la dialyse, il y a lieu de penser qu'il faille aller plus en profondeur pour mettre en évidence la complexité de la réalité psychique aussi bien interne qu'externe c'est-à-dire l'environnement.

Par exemple, sur le plan de l'approche de cette recherche, la plus-value de l'étayage sociale qui ressort par moment dans le discours des patients pouvait faire l'objet d'une recherche qui aurait enrichi davantage la compréhension de notre objet d'étude, même comme Freud nous fait savoir que la psychologie individuelle est aussi une psychologie sociale. Et Kaes renchérit, pour dire que l'être humain est singulier-pluriel. Suffit-il donc d'étudier un sujet unique pour comprendre tous les déterminants qui agissent pour soulager sa souffrance étant donné que ce dernier vit dans un environnement où ils partagent des liens avec les autres ? D'autre part, en consacrant plus de moyens, cette étude pouvait tenir compte des particularités du vécu selon la situation économique du sujet ou selon le vécu selon le genre.

Sur le plan pratique, notre étude ne comporte pas un grand nombre de sujets (soit cinq participants), il sera difficile d'étendre les résultats à l'ensemble de la population de l'étude. Aussi, pour mieux appréhender notre objet de recherche, aurions-nous dû administrer le test

de personnalité à nos patients pour cerner les traits de personnalité qui serviraient d'adjuvant à l'allègement de leur souffrance. Dans de telle condition, le test du Rorschach est souvent conseillé dans ce type de recherche car il permet de cerner en profondeur la personnalité du sujet dans sa globalité et sa dynamique.

Une autre limite que l'on oppose souvent à une étude de ce genre a trait à la scientificité du discours issu de l'entretien dans la mesure où, en posant la singularité comme une donnée pertinente, il semble aller à contre-courant de l'option généralement admise qu'il n'y a de science que du général. Cette conception est, cependant, de plus en plus remise en question. Par ailleurs, cette limite s'argumente par les travaux faits par Laperricre (1997) sur les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Cette auteure a fait ressortir les raisons pour lesquelles cette méthodologie est aussi valable que la méthode quantitative. Premièrement, l'objectivité est un critère ambigu du fait de l'importance accordée à la notion de construction de l'objet de recherche. Il est abandonné au profit de l'objectivation des phénomènes. L'entretien et plus encore l'entretien semi-directif favorise le renoncement à l'objectivité pour faire place à l'expérience subjective des phénomènes pour une compréhension approfondie.

D'autre part, la validité externe est plutôt conçue comme « transférabilité » des données car la généralisation des résultats d'une recherche qualitative reste limitée. La description systématique du contexte, des procédures de sélection des participants permettra de renseigner les chercheurs qui souhaitent explorer des populations similaires dans des contextes proches. Aussi, la fidélité en recherche quantitative implique les notions de stabilité, de réplication des résultats, dimensions considérées comme non pertinentes par certains chercheurs qualitatifs dont Laperrière (1997). Selon Kirk et Miller (1986), c'est la fidélité synchronique (similitude des observations réalisées sur un même laps de temps) qui doit être recherchée en recherche qualitative.

Nous portons une attention particulière à deux menaces mentionnées par Gauthier (1992) soit « le désir de plaire » et le « biais de l'analyste ». En ce qui concerne la première condition, les participants nous ont livré leur expérience librement et avec émotions. Nous ne relevons aucun cas où il y a eu apparence que le sujet a répondu selon ce que l'interviewer désirait entendre. Il n'y avait pas de mauvaise réponse. En ce qui a trait à la seconde menace, Mayer et Ouellet nous rappellent que l'on « doit compter avec les forces et les faiblesses du jugement humain ... en outre, chaque chercheur doit démontrer de la constance dans ses

propres jugements » (Mayer & Ouellet, 1991, p.494). Nous pensons que la codification n'a pas suffi pour contrer cette menace. La méthode d'analyse en double aveugle aurait certainement été plus efficace.

Une quatrième limite est liée à la nature orale de la narration (Giordano, 2003). Elle est le fait de la mémoire dont on connaît la sélectivité. On soulève l'argument parce qu'on craint une démarche réductrice de la réalité, laquelle risque de toujours déboucher sur des conclusions erronées. L'usage d'un guide d'entretien le plus exhaustif possible, est l'un des moyens prisés par l'étudiant chercheur pour pallier ce risque. Mais notre guide d'entretien, lui n'a que quatre thèmes.

Il y'a, enfin, le passage de l'oral à l'écrit au moment de la transcription des récits de vie. Ce passage est une transformation (Giordano, 2003). Réécrire est nécessaire pour accomplir la fonction expressive. On ne peut y échapper. Le tout est de veiller à ne pas trahir le sens du propos du sujet et le meilleur moyen d'y parvenir est de soumettre à son appréciation.

CONCLUSION

L'objectif de cette étude a été d'appréhender les mécanismes psychiques qui rendent compte de la sauvegarde de l'image du corps des patients hémodialisés. Pour y parvenir, nous avons subdivisé le travail en deux parties constituées de cinq chapitres. Dans le premier chapitre nous avons présenté la problématique. Il était d'abord question de situer la maladie rénale chronique dans son contexte. A ce niveau, nous avons présenté l'épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique dans les pays développés, puis en Afrique et en particulier au Cameroun. Les données de nos recherches ont établi que le temps de survie en hémodialyse au Cameroun et en particulier au CHU de Yaoundé est faible comparativement à la survie dans les pays développés alors que la technologie médicale de prise en charge est la même. Cette mortalité élevée a su justifier pourquoi l'insuffisance rénale est devenue un problème majeur de santé publique à travers le monde. La lourdeur du traitement, la chronicité et surtout les contraintes diverses de la dialyse font du sujet un fardeau pour lui-même et sa famille. En plus des conséquences socioéconomiques, nous avons présenté la détresse psychologique subie par le sujet dialysé. Les énoncés de la dialyse sont assez nombreux et traumatisants au point où l'angoisse de mort finit par occuper une place importante dans l'univers psychique du patient. La prise en compte des multiples pertes liées à cette condition plonge le sujet dans le vécu du deuil permanent, ce d'autant plus que c'est grâce à la machine que sa survie en dépend. Nous avons présenté en quoi cette condition inflige une blessure narcissique au sujet car le corps a déçu, il est devenu déchiqueté par la maladie et l'emprise du traitement.

Partant du constat selon lequel dans ce flot de sujets menacés par ce traitement, nous retrouvons une infirme catégorie de patients qui parviennent curieusement à faire montre d'une longévité assez remarquable, ils arrivent à reconstituer les limites de leur corps, voient les bénéfices de l'observance thérapeutique, assurent assez paisiblement les rôles sociaux et se projettent avec confiance dans l'avenir. Pour ce, nous nous sommes posé la question de savoir ce qui justifie un tel exploit. Plus exactement, nous nous sommes demandé quels sont les mécanismes psychiques que ces patients mettent à profit pour tenir face à la lourdeur d'un tel traitement pendant que la revue de la littérature consacrée sur la question présente plutôt un sombre tableau sur la mortalité liée à cette affection.

Pour répondre à cette question, nous avons convoqué les travaux de Freud et Green traitant tantôt de la négativité psychique tantôt du travail du négatif, où ils établissent que le vide psychique créé par le traumatisme de la maladie ou de la menace de mort est très souvent remplacé par les éléments comme la croyance qui aide à nier la souffrance infligée. Le sujet procède en effet par la construction de l'absence de la menace. Mais au-delà de cette conception du travail du négatif centré sur la croyance, nous nous sommes rendu compte que les patients ne se contentent pas seulement de croire, mais font montre d'un ensemble de prédispositions particulières, c'est-à-dire ces sujets brillent soit par une absence de névrosisme adossée sur la croyance au fétiche, soit par une extraversion adossée sur la croyance à la force de la personnalité soit enfin par une conscience aiguisée adossée sur la croyance en la force de la médecine. Après avoir passé successivement les échelles d'estime de soi et de gestion du stress aux patients à la présélection et à la sélection définitive des patients, cinq sujets ont été retenus pour l'étude. La collecte des données sur la base d'un guide d'entretien semi-directif nous a permis d'analyser nos résultats, de les discuter et enfin de valider toutes nos hypothèses. Dans la discussion, nos résultats ont été appuyés par les recherches d'un certain nombre d'auteurs qui s'étaient penchés sur le rôle important de la personnalité ou de ses dimensions face à la maladie chronique. En effet, Lago (2019) établit qu'une bonne gestion de quelques dimensions que composent notre personnalité est indispensable pour survivre à une menace existentielle et plus particulièrement à une maladie chronique. En procédant ainsi, le sujet fait preuve d'une d'adaptation à la maladie et de surcroît d'une forme de résilience.

Enfin, nous avons émis des perspectives d'étude où il était possible de se pencher sur l'implication du cadre du vécu de la dialyse c'est-à-dire le cadre familial, institutionnel et professionnel dans la préservation du moi-corps du patient. Nous avons aussi suggéré l'idée que cette récupération narcissique peut s'étudier plus spécifiquement selon l'approche psycho-dynamique à partir de l'analyse du trans-générationnel tel que décrit par Alberto Eiguer (2011).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Albarelo, L. (2003). *Introduction*. <https://shs-cairn-info.proxi.bibliotheques.uqa>
- Aloupis, P. (2017), *Réflexion sur la notion de vide à partir du travail du négatif*.
Revue Française de psychosomatique, n°52, p.111-124.
- Anzieu, (1995), *Le moi-peau*. Dunod
- Assoun, P. L. (2006), *Le deuil et sa complaisance somatique*, Revue française de
Psychosomatique, pp 121-131.
- Aulagnier, P. (1975), *La violence de l'interprétation*. Presses universitaires de la France
(PUF). <https://www.puf.com>
- Baldassarro, A. (2017), *André Green et le négatif à l'œuvre*. [https://shs.cairn-
info.acces.bibl.ualval.ca](https://shs.cairn-info.acces.bibl.ualval.ca)
- Bandura, A. (2003), *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris, Editions De
Boeck Université.
- Barbot, J. (2002), *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Balland.
- Barfety-Servignat, V. (2021). *L'étude de cas. Dans A. Bioy, M.-C. Castillo et M. Koenig (dirs.),
les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie (p.127-136)*. Dunod.
- Barrier, P. (2007), *Le corps malade, le corps témoin* dans les Cahiers du Centre Georges
Canguilhem.
- Barthelemy, S. (2014), *Incorporation ou introjection*. Revue santé mentale, vol. 187
- Bataille, P. (2007), *La mort, le malade, le proche, une question de communication*, dans
Question de communication.
- Bokanowski, T. (2010). *Du traumatisme au trauma : les déclinaisons cliniques du
traumatisme en psychanalyse*. Psychologie clinique et projective, 1(16), 9-27.
<https://doi.org/10.3917:pcp.016.0009>
- Bokanowski, T. (2015). *Le concept de traumatisme en psychanalyse. Sillages critiques*, 19.
<https://journalopenédition.org/sillagescritiques/4153>
- Bokanowski, T. (2005). *Variations sur le concept de « traumatisme » : traumatisme,
traumatique, trauma*. Revue française de psychanalyse, 3(69), 891-905
- Bouche G. et al., (2004) , « *Module 1 (DCEM-Epreuve classement nationales)* » De Boeck
supérieur.
- Braconnier, A. (2006), *Introduction à la psychopathologie*. Paris, Edition Masson.

- Brusset, B. (2007). *Psychanalyse du lien*. PUF.
- Canguilhem, G. (1999), *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- Castillo, M.-C. (2021), *L'analyse de contenu en psychologie clinique*. A. Bioy, M.-C. Castillo et M. Koenig (dirs.), *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 113-127). Dunod.
- Causseret, C. (2006), *Relations corps-machine chez les patients hémodialysés*. Champ psychosomatique, cairn.info.
- Chahraoui, K. (2021). *L'entretien clinique de recherche*. Dans A. Bioy, M.-C. Castillo et M. Charney D. S. (2004), *Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability implications of successful adaptation to extreme stress*, *American Journal of psychiatry*, vol.161, p.195-216
- Crocq, L. (2007). *Traumatisme psychique. Prise en charge psychologique des victimes*. Elsevier-Masson.
- Cupa, D. (2002), *Psychologie en néphrologie*. EDR, Paris
- Cuynet, P. (2005), *L'image inconsciente du corps familial*, le divan familial, 2/2005 (N°15), p.43-58
- Desseix, A. (2011), *L'hémodialyse, cette maladie : approche anthropologique d'un amalgame dans sciences sociales et santé*. Shs.cairn.info/revue –sciences-sociales
- Delvaux N. & Razavi D.(1998), *Psycho-oncologie : le cancer, le malade et sa famille*. Paris, Ed. Masson.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Masson.
- Eiguer, A. (2011), *Transmission psychique et transmission trans-générationnelle*. Champ Psy, n°60.
- Estellon, V. (2012), *Cliniques de l'extrême*. Armand Colin
- Fonagy P. (2004), *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. Paris, Erès.
- Fouda, H. (2017), *La survie en hémodialyse au Cameroun*, dans The Pan African
- Freud, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme*. Payot.
- Freud, S. (1927). *Deuil et mélancolie*. Payot.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Gallimard.
- Freud, S. (1915). *Métapsychologie*. Champs classiques.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Payot.
- Freud, S. (1923). *Le Moi et le ça*. PUF.
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Payot.
- Freud, S. (1921), *Psychologie des foules et analyse du moi*. Payot.

- Freud, S. (1919). *L'inquiétante étrangeté*. Gallimard.
- [Florence, J. \(1984\), *L'identification dans la théorie freudienne*. Presses universitaires St Louis Bruxelles](#)
- Green, A. (1984), *Pulsion de mort, narcissisme négatif, fonction désobjectalisante*, In *Le travail du négatif*, pp.113-132. Ed. de Minuit
- Green, A. (1993). *Le travail du négatif*, Paris, Les éditions de minuit.
- [Héraudet, J. D. \(2019\), *Le cadre comme condition de possibilité d'un processus créatif en relation d'aide*, <https://www.jdheraudet.com>](#)
- Herzlich, C. (1985), *Les cas des malades chroniques : L'auto-soignant, le savoir et les techniques médicales*, Culture Technique, 15.
- Ionescu, S. et al.(2003), *Les mécanismes de défenses*, Paris, Nathan.
- Riazuelo H. et al. (2014), *Quand la dépendance est une question de survie : pratique clinique auprès de patients dialysés*, dans *Clinique*, N°8, pp.188-202
- Lago, H. (2019), *Accepter et s'adapter à sa maladie chronique*. Sanofi.
- Kestemberg, E. (1978), *La relation fétiche à l'objet*. Revue française de psychanalyse.
- Kaës, R. (2013). *Un singulier pluriel*. Dunod.
- Kaës, R. (2009). *Les alliances inconscientes*. Dunod.
- Kaës, R. (2009). *La réalité psychique du lien. Le divan familial*,1(22),107-125.
<https://www.cairn.info/revue-le-diven-familial-2009-1-page-107.htm>
- Kaës, R. (2010). *Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes. Cahiers de psychologie clinique*, 1(34), 13-40. <https://doi.org/10.3917/cpc.034.0013>
- Kaës, R. (2019). *Réalité psychique et souffrance dans les institutions*. Dans R. Kaës., J. Bleger., E. <https://www.cairn.info/revue-le-divan-familial-2009-1-page-107.htm>
inconscientes. *Cahiers de psychologie clinique*, 34(1), 13-40. Doi
10.3917/cpc.034.0013.<https://www.cairn.info/revue-de-cahiers-de-psychologieclinique-2010-1-page-13.htm>
- Klein, M. (1932), *La psychanalyse des enfants*, PUF.
- Koenig (dirs.), *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 113 127). Dunod.
- Laplanche et Pontalis (1967), *Vocabulaire de psychanalyse*. PUF
- Larcan, A. (2012), *Histoire de l'IRA et des débuts de l'hémodialyse en France*.
Néphrologie et thérapeutique
- Lea Restivo et al. (2021), *Du corps rêvé au corps réel, un regard clinique sur l'image corporelle*, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0038081421002449>

- Lebigot, F. (2016). Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge. Dunod.
- Marty, P. (1976), Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie
- Marty, P. (2006), Introduction à la psychosomatique. Revue française de psychosomatique, pp 165 à 167.
- Marty, P. (1980), L'ordre psychosomatique, Payot, Paris.
- Meloupou, J.P. (2013), Manuel de psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent, Paris, Harmattan
- Montet Aubrée, C. (2015), Psychologie et insuffisance rénale. Echanges de l'AFIDTN n°15. www.afidtn.com/media/1
- M'Uzan, de M. (2006), Sombrier pour survivre, PUF, Revue française de psychosomatique <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychosomatique-2006-2-page-27.htm>
- Nasio J. D. (2007), Mon corps et ses images, Paris, Edition Payot
- Oscar Labra et Anis Lacasse (2015), Représentations sociales du VIH/Sida chez les étudiants de niveau universitaire d'une région éloignée du Québec. www.researchgate.net
- Pagès, C. (2015), Les intermittences du sens, (Hegel & Freud). Edition CNR.
- Pagès, C. (2015), Le travail du négatif. Revue Française de Psychanalyse.
- Pucheu, P. (2015), La dialyse ou la problématique du corps déformé ou mutilé. Echanges de l'AFIDTN n°114.
- Recham, A. (2010), L'expérience de la maladie et la désappropriation du corps. Revue des sciences sociales, n°44.
- Roussillon, R. (2014). Théorie psychanalytique du traumatisme. PUF.
- Schilder, P. (1935, 1968), L'image du corps, Gallimard. Paris
- Smadja, C. (1990), La notion de mentalisation et l'opposition névrose actuelle/névrose de défense in Revue française de psychanalyse.
- Szelekely Lajos (1971), Sur le début de l'ère des machines. Le coq Héron, 22. P.2-11
- Widlöcher (1970), Les processus d'identification. Bulletin de psychologie
- Winnicott, D. (1992), Le bébé et sa mère. Payot.

ANNEXES

Annexe 1

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie
UNIVERSITE DE YAOUNDE I
Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
B.P : 7011 Yaoundé (Cameroun)



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland
UNIVERSITY YAOUNDE I
Faculty of Arts, letters and Social Science
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY
P.O BOX 7011 Yaounde (Cameroon)

Yaoundé, le 02 novembre 2022

Le Chef de Département de Psychologie
À
Monsieur le Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé (CHU)

Objet : Mise en stage

Monsieur le Directeur Général,

J'ai l'honneur de venir auprès de votre bienveillance solliciter la mise en stage académique des étudiants ci-après nommés :

▪ ABINA XAVIER	18E446
▪ DECKALA ODILE	20J462
▪ MEDEGAN CODJO DAMIENNE P.	16S866
▪ TEDA NJATSA FLORICE LAURELE	14E116
▪ YOAH NELSON NDINKWA	17G632

Avec la professionnalisation des enseignements inhérente au système LMD, nos étudiants ont l'obligation d'effectuer des stages dans diverses organisations. C'est dans ce contexte que ces étudiants du niveau Master II, spécialité psychopathologie et clinique ont opté pour un stage académique dans votre institution.

Ce stage pourrait leur permettre de cerner les problématiques empiriques du secteur sanitaire en rapport avec leurs sujets de recherche respectifs.

Veuillez agréer Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Le Chef de Département



Annexe 2 : Restitution des entretiens individuels libres et éclairés des participant(e)s

Protocole d'entretien du cas 1 :

Identification de l'enquêté:

Nom du patient : Arnold (M.A) **Age :** 35 ans

Sexe : M

Statut social : Conseiller en assurance **Situation matrimoniale :** célibataire (concubinage)

Croyant : Oui

Non croyant :

Lieu de résidence : Meyo

Location

☐ oui ☐ mille

☐

Début de la dialyse : 2019

Jour de l'entretien : le 04/04/2023

Heure : 11h 20-12h 05

Nom du chercheur : Abina Xavier

Entretien :

Question : merci d'avoir accepté notre invitation à collaborer dans le cadre de cette étude qui concerne les patients en dialyse. Je voudrais te rassurer que tout ce dont nous parlerons dans cette salle restera strictement confidentielle et ne sera qu'exploité dans le cadre de la réalisation de ce mémoire et ton identité restera anonyme. Alors, je propose qu'on commence.

M. A comment vous vous sentez ?

Réponse : je vais bien, je n'ai pas de problème particulier. Je me porte comme tout le monde, sauf le foirage qui me dérange. C'est vrai que j'ai parfois quelques douleurs à cause de ce processus, mais globalement ça va. Je suis là avec « mon ami » de tous les jours (machine), on gère le quotidien, Sourire.

Question : Dites-moi comment vous avez vécu les débuts de la maladie ?

Oui, c'est en 2019 que j'avais commencé les dialyses. Mais avant, je ressentais que ma vue n'était pas claire. Je voyais flou et ressentais une fatigue oculaire. Je m'étais donc rendu à l'hôpital d'Efoulan où on a observé que ma tension était très élevée (20). Je vomissais et j'avais la diarrhée. On m'avait donc interné là-bas, j'étais sous traitement. Mais malgré tout, il n'y avait pas un grand changement. C'est alors qu'on me réfère au CHU de Yaoundé pour examen approfondi. Au final, on m'a diagnostiqué une insuffisance rénale chronique qui nécessite déjà une prise en charge par dialyse. j'avais pris cela comme des amusements et j'étais rentré tranquillement à la maison annoncer à ma mère qui a nié le diagnostic, insinuant qu'il s'agit d'une affaire de sorcellerie. j'avais passé 6 mois à la maison sans plus revenir à l'hôpital. Mais bien après avoir été persuadé par un oncle et surtout du fait de la persistance du mal, j'étais venu de moi-même à l'hôpital commencer les dialyses. Les gens s'inquiétaient de mon état mais moi-même ça ne me mettait pas de pression en tant que tel. Je vaquais à mes occupations, surtout que moi j'aime bouger. Je ne voyais que ce que j'ai à faire.

Question : Que dites-vous de la dialyse ?

La dialyse c'est notre compagnon, Avec la machine je suis comme relié au cordon ombilical de ma mère. Elle et moi on fait qu'une. C'est elle qui me nettoie des déchets, elle prend soin de moi, elle me protège. C'est notre partenaire et notre raison d'être. Dans tous les cas, tant qu'il y'a la machine il y'a la vie. Voilà pourquoi je suis toujours là au rendez-vous. Même s'il y'a des problèmes je patiente et je sais que je vais dialyser. Moi je me sens à l'aise quand je suis branché. La dialyse joue son rôle et dès qu'elle finit de jouer son rôle je prends le relai (sourire).

Question : M. Arnold, la maladie et la dialyse semblent menacer la plupart des patients, mais vous, vous gardez la tête haute. Comment expliquez-vous ?

Mon frère, l'affaire-ci, je prends ça comme un jeu. Elle ne m'affecte pas, je ne m'encombre pas de perception. **Je sais que je suis malade seulement quand je viens ici.** La dialyse n'est pas un sujet de fixation pour moi, même comme elle fait partie de mon quotidien. Il y'a un temps pour la dialyse et le reste du temps c'est pour moi. J'ai beaucoup à faire dans la vie, et le temps qui passe ne joue pas en ma faveur. Je suis conseiller en assurance et il faut que je sois sur le terrain. Je n'aime pas être foiré. Je déplore juste le temps que la dialyse me prend, sinon j'arrive à faire ce que je veux, sauf voyager. Faire la dialyse n'est pas la fin du monde, si tu te laisses faire, la maladie va t'emporter. Surtout avec les responsabilités qu'on a dans les familles, il faut bouger. Ce que je sais c'est que je ne dois pas manquer la dialyse et je respecte les consignes. Je suis toujours là, parfois avant l'heure, mes journées sont programmées.

Question : Le service de dialyse souffre parfois de problèmes de gestion : panne ou indisponibilité de machine, retard dans la prise des dialyses, problème d'eau, etc. Comment vous gérez ?

Au Cameroun, la dialyse ça ne vaut pas peine. Il y'a justement beaucoup de problème. Mais on fait avec. La vie est ainsi faite. Même ailleurs, il y'a les problèmes peut être même plus pire qu'ici. Les problèmes arrivent, on résout ce qu'on peut résoudre et on avance. L'équipe des soignants est là, ils s'efforcent à leur niveau. Il faut juste comprendre et donner une explication à ce qui arrive. Si tu arrives à faire ta dialyse c'est le plus important. La maladie est psychologique. Quand je finis ma dialyse je suis content et je me sens libéré d'une contrainte, je suis revitalisé.

Question : que pensez-vous des multiples contraintes parmi lesquels l'aspect financier de cette prise en charge ?

Ces contraintes sont effectives mais ne m'affectent pas en tant que tel. C'est le processus qui oblige que ce soit ainsi. Ça se passe comme ça même à l'étranger. Seulement, en dialyse, il faut toujours avoir de l'argent, voilà pourquoi je n'aime pas rester les poches vides. Quand tu as une femme à gérer et que d'autres demandes peuvent surgir, ce n'est pas facile. Quand tu commences les dialyses, on vous inquiète avec les chiffres, mais tout se gère au quotidien. J'essaie de faire de mon mieux. Je suis déjà à 4 ans de dialyse, si ça devait m'emporter c'est

que je ne suis plus là, mais j'arrive à tenir dans tous les cas. J'ai le soutien de ma femme, elle est infirmière, je l'aime bien. J'ai ma petite famille, surtout mes enfants, ça me suffit.

Question : Au début de votre souffrance, votre maman avait suggéré la piste de la sorcellerie dans la survenue de votre maladie, quelle était votre position et celle d'aujourd'hui ? Autrement dit faites-vous confiance à ce nouveau traitement ?

Réponse : J'avoue que je n'étais pas très averti sur le sujet. C'est pourquoi, j'avais penché sur l'avis de ma maman, mais bien après les éclairages d'un oncle, j'ai compris qu'il fallait aussi s'appuyer sur la médecine, raison pour laquelle, j'étais venu de moi-même. Après quelques séances de dialyse, j'ai vu le changement et désormais je fais confiance à la médecine, les machines sont là pour nous, donc tant qu'elles sont là, il y'a la vie. On espère qu'une solution plus adaptée viendrait un jour.

Question : Quelles sont vos perspectives d'avenir ?

Réponse : je pense que j'ai encore pas mal de choses à faire dans la vie. J'ai ma femme, la mère de mes enfants. Je dois légaliser cette union. Elle est infirmière, elle prend soin de moi. En plus, je dois me construire une maison, quitter la location et montrer aux gens qui me sous-estiment et qui parlent de moi que je vis malgré leur ingratitude envers moi. J'avais perdu mon travail mais pour le moment je continue de me battre autrement. J'ai perdu beaucoup de liens mais ce n'est pas grave, chacun est chez lui.

Chercheur : merci pour votre disponibilité.

Protocole d'entretien du cas 2 :

Identification de l'enquêté:

Nom du patient : Charles (M.B)	Age : 43 ans	Sexe : M
Statut social : Ingénieur en médecine	Situation matrimoniale : marié, 3 enfants	
Croyant : Oui	Non croyant :	
Lieu de résidence : Obili	Location ☐	Famille ☐ oui ☐
Début de la dialyse : 2016		
Jour de l'entretien : le 20/04/2023	Heure : 13h 20-14h 05	
Nom du chercheur : Abina Xavier		

Entretien :

Question : merci d'avoir accepté notre invitation à collaborer dans le cadre de cette étude qui concerne les patients en dialyse. Je voudrais te rassurer que tout ce dont nous parlerons dans cette salle restera strictement confidentielle et ne sera qu'exploité dans le cadre de la réalisation de ce mémoire et ton identité restera anonyme. Alors, je propose qu'on commence.

M. B comment vous vous sentez ?

Réponse : Je vais mieux, et parfois quelques bobos comme tout le monde.

Question : Dites-moi comment vous avez vécu les débuts de la maladie ?

C'était en 1992 que tout avait commencé par une fièvre typhoïde qui m'avait contraint à me rendre à l'hôpital dont je préfère taire le nom. C'est donc là-bas qu'on me prescrivit des comprimés à prendre. Dès lors, ça n'allait plus du tout. J'ai l'impression qu'il s'agissait d'une erreur médicale qui soit à l'origine de ce problème. Ma tension avait augmenté considérablement et j'avais arrêté de prendre ce remède. Ayant constaté que ça n'allait pas, j'ai été conduit à l'hôpital par ma mère où il a été diagnostiqué une insuffisance rénale au stade de suppléance. Choqué par cette annonce, j'étais resté à la maison pendant deux ans sans me rendre à l'hôpital d'autant plus que j'avais des responsabilités dans l'administration, et il fallait les assumer. J'étais un cadre à l'université et ma hiérarchie me confiait des responsabilités. En 2017, même comme je ne me sentais pas bien, j'avais décidé de me marier contre toute attente de ceux-là qui me connaissaient dans cette situation. Le jour de mon mariage, une ambulance avait été affrétée pour la circonstance parce que certains me considéraient comme mourant. En vérité, je m'étais beaucoup entêté avec cette maladie au point où j'ai été ramené à la raison par une infirmière qui avait tenu des propos assez durs sur mon cas, c'est pourquoi j'avais décidé de commencer le traitement. J'ai aussi des amis médecins qui me suivaient 24h/24. Aujourd'hui, je suis là, je suis mon traitement, sans grande inquiétude, je me sens bien entouré. Avant j'avais tous les symptômes et je paniquais. Je veillais trop sur mon corps, je ne mangeais pas, j'étais devenu pâle. Je voulais tout comprendre mais maintenant avec les éclairages des amis et de l'équipe soignante, ça va.

Question : Que pensez-vous de ce traitement ?

Réponse : c'est un traitement qui nous soutient, c'est notre rein. C'est vrai que nous sommes comme des cobayes, on te pique à tout moment. Mais je pense qu'avec une bonne gestion de stock et des machines plus performantes, on peut vivre comme tout le monde. La dialyse est comme notre mère, et une mère doit être protégée, sinon nous ses enfants que nous sommes allons mourir. Il faut toujours des pièces de rechanges pour ces machines parce que tant qu'il y'a des pièces on n'a pas de problème. Et lorsque **la machine souffre**, nous aussi nous souffrons. Même en occident, où je me suis rendu pour des soins, j'ai regretté pourquoi j'y suis allé car là-bas, ils ont leur système avec trop de théoriciens. Il y'a les grèves des malades, les ruptures de kit, le coût élevé des médicaments, etc.

Question : la maladie et la dialyse semblent menacer la plupart des patients, mais vous, vous semblez tenir le cou. Comment expliquez-vous ?

Réponse : Le plus dur était d'abord d'accepter la maladie. Après cette étape, il faut gérer le quotidien. Quand je viens à la dialyse, je m'arrange à être content, on est une famille. Un forum a d'ailleurs été créé pour les malades. Quand j'ai une préoccupation je me rapproche des personnes pouvant me donner la réponse. Il ne faut pas tout attendre des gens, il faut créer

et anticiper. Je fais tout pour ma santé. Je ne saute pas mes séances de dialyse parce qu'on m'avait dit que tant qu'on est jeune, il faut dialyser, mais mes frères ne supportent pas, voilà. Aujourd'hui, si on ne vous dit pas que je suis malade, vous ne pouvez pas savoir. J'ai été longtemps directeur ici à l'université. J'étais la pièce maîtresse. D'ailleurs, j'ai réalisé de grands chantiers comme ces clôtures que vous voyez, c'est moi qui étais le superviseur. Ça veut dire que je suis quelqu'un qui est estimé et respecté. C'est cette image que les gens ont de moi et je dois garder cette image. J'ai un rythme de vie que je maintiens, une image que je dois préserver. Cette maladie voulais m'humilier mais moi je pense que malgré tout je dois montrer que jusque-là que je suis encore capable et à la hauteur d'occuper des responsabilités. Avant je pesais 115kg et après j'ai chuté à 55kg, j'étais méconnaissable et je me posais toutes les questions, maintenant je suis à 84kg, ce qui me remets dans l'espoir que les choses vont aller de mieux en mieux. Par ailleurs, je suis quelqu'un de très sociable. Je suis malade mais tout le monde me soutient. Il y'a aussi ma femme qui est toujours à mes côtés, sans elle, je pense que je serai déjà mort. Je dois aussi signaler que je suis quelqu'un de sociable j'aime être entouré c'est pourquoi vous verrez que tout le personnel d'ici m'apprécie. Et avec les patients on est une famille, on communique à travers un forum qui a été créé. On peut donc se partager les idées et les expériences. Et dans mon quartier, j'essaie de jouer des rôles qu'on me donne dans les associations, ça m'aide beaucoup à éviter à m'oublier et surtout de vivre malgré tout.

Question : quelles sont vos perspectives d'avenir en général ?

Pour l'avenir je suis optimiste et que le ciel ne va pas me tomber dessus de sitôt. Il faut juste bien organiser le service de dialyse, par exemple on peut créer un restaurant ici, une buanderie pour nous faciliter la tâche. Il faut également un psychologue ici. C'est même lui qui doit d'abord intervenir. Sur le plan personnel, ma famille et moi entretenons un projet de greffe rénale à l'étranger, on espère que ce moment viendra.

Chercheur : merci pour votre disponibilité.

Protocole d'entretien du cas 3 :

Identification de l'enquête:

Nom du patient : Michelle (M.C) **Age :** 45 ans **Sexe :** F
Statut social : Couturière **Situation matrimoniale :** célibataire avec en enfants en charge
Croyant : Oui **Non croyant :**
Lieu de résidence : Nkolndongo **Location** ☐ **Famille** ☐ **oui** ☐
Début de la dialyse : 23/03/2019
Jour de l'entretien : le 17/04/2023 **Heure :** 14h 20-15h 10
Nom du chercheur : Abina Xavier

Entretien :

Question : merci d'avoir accepté notre invitation à collaborer dans le cadre de cette étude qui concerne les patients en dialyse. Je voudrais te rassurer que tout ce dont nous parlerons dans

cette salle restera strictement confidentielle et ne sera qu'exploité dans le cadre de la réalisation de ce mémoire et ton identité restera anonyme. Alors, je propose qu'on commence.

Mlle C comment vous vous sentez ?

Réponse : Je me sens bien.

Question : Dites-moi comment vous avez vécu les débuts de la maladie ?

C'est en 2019 que j'avais observé les premiers symptômes. Je ne respirais plus bien, raison pour laquelle je m'étais rendue à l'hôpital central de Yaoundé rencontrer le cardiologue. J'étais hypertendue et par la suite le médecin m'avait signifié devant le néphrologue que je souffre d'insuffisance rénale qui nécessite déjà une suppléance. J'avais nié le diagnostic, voilà pourquoi j'étais restée à la maison. C'est après avoir reçu les explications sur la question que j'ai accepté de commencer les dialyses. J'avais pris cela comme le palu qui se soigne avec l'Effergal.

Question : Comment trouvez-vous ce traitement ?

Réponse : je remercie Dieu parce qu'il permet à la science de trouver des outils comme ces machines à dialyse. Ce sont nos partenaires, des alliés forts qui soutiennent nos vies. C'est le seul moyen de se maintenir. Ce traitement ne me cause aucun problème, même comme parfois il y'a certaines machines qui font des caprices surtout si elles détectent une hypo durant la séance, cela crée souvent la panique des soignants, mais moi je prends ça comme ça. Je ne m'affole pas, je sais que l'homme a créé la machine mais la machine l'a parfois déçu. Tout finit toujours par se stabiliser bien après. Quoiqu'on dise la machine est à notre service, c'est notre rein sous une autre forme.

Question : Comment vivez-vous ce traitement ?

Réponse : Je prends ça comme ça. Faire la dialyse ne veut pas dire que c'est la fin du monde. Quand je suis ici branchée je me sens en sécurité voilà pourquoi je ne m'ennuie pas au contraire je suis contente parce que c'est le travail que mon corps aurait dû faire que la machine va faire. Pourquoi avoir peur, ou être triste ? C'est la solution de l'heure, alors il faut s'en réjouir parce qu'au moins nous avons accès à ce traitement. C'est un traitement comme les autres. Le plus grand problème ce sont ces restrictions aléatoires. La dialyse encore moins l'insuffisance rénale n'est pas collée sur mon visage. A la veille de ma dialyse, je prie mon Dieu pour que ça se passe bien et je viens tranquillement à l'hôpital et puis c'est tout. Mais il ne suffit pas seulement de prier, mais il faut aussi savoir que si on ne se soumet pas au traitement et respecter les consignes ce n'est pas Dieu qui va venir le faire à ta place et te sauver en ce moment. Dieu accorde ses faveurs à celui qui fait des efforts de changer sa condition. Avant j'avais peur de ces machines, je me demandais ce qu'elles peuvent provoquer à l'intérieur de l'organisme, mais maintenant ça va. J'arrive à faire quelques travaux à la maison malgré la fistule sur mon bras. La dialyse ne doit pas m'empêcher de

vivre. Je dors suffisamment et j'ai des rêves comme tout le monde. Il y'a des gens qui ont un moral très faible, ils ne comprennent pas que c'est une maladie comme les autres, ils pensent seulement à la mort et pourtant ce n'est pas ça. Et puis, est-ce que c'est seulement en dialyse que les gens meurent, toutes ces personnes qui décèdent c'est toujours l'insuffisance rénale ? Quand je finis ma dialyse je prends ma route et si j'ai quelque chose à faire je le fais.

Question : Aimez-vous comme avant ?

Réponse : Mais bien sûr je m'aime, j'aime mon corps même si ma silhouette a un peu changé. Et même jusque-là j'ai pris de l'âge, c'est normal que le corps change. Je ne suis plus un enfant. Quand je veux me faire belle je le fais, je me mire. J'aime être correcte.

Question : Si la dialyse est assez contraignante comme vous le dites, comment gérez-vous vos relations ?

Réponse : Il y'a un changement dans les relations, il n'y a plus trop de rencontre. C'est surtout au téléphone. Les gens pensent qu'avec cette maladie tu es fini, donc je me réserve. Sinon quand il y'a une cérémonie en famille s'il y'a un coup de main à donner je le fais. Je compose avec la famille restreinte. Pour le reste je suis avec mes enfants que j'aime bien. J'ai mis un stop aux relations amoureuses même comme les hommes me courtisent toujours. Pour le moment je compose avec mes enfants, ils me suffisent, et j'ai des projets pour eux.

Chercheur : merci d'avoir participé à cette recherche, toutes les informations que tu nous as données seront traitées dans la stricte confidentialité et exploitées dans ce mémoire en tout anonymat.

Protocole d'entretien du cas 4 :

Identification de l'enquêté:

Nom du patient : Clément (M.D)

Age : 53 ans

Sexe : M

Statut social : Journaliste

Situation matrimoniale : célibataire avec en enfants en charge

Croyant : Oui

Non croyant :

Lieu de résidence : Essos

Location

Famille

Début de la dialyse : 2017

Jour de l'entretien : le 20/04/2023

Heure : 14h 20-15h 15

Nom du chercheur : Abina Xavier

Entretien :

Question : merci d'avoir accepté notre invitation à collaborer dans le cadre de cette étude qui concerne les patients en dialyse. Je voudrais te rassurer que tout ce dont nous parlerons dans cette salle restera strictement confidentielle et ne sera qu'exploité dans le cadre de la réalisation de ce mémoire et ton identité restera anonyme. Alors, je propose qu'on commence.

M. D comment vous vous sentez ?

Réponse : ça va. Quand je suis normalement mes dialyses, je n'ai pas de problèmes.

Question : Dites-moi comment vous avez vécu les débuts de la maladie ?

Tout avait commencé par un problème de diurèse. Mes pipis ne sortaient plus. J'étais donc allé rencontrer l'urologue à un hôpital de Ngaoundéré qui avait signalé la piste d'une insuffisance rénale. Pendant que j'y étais, je suis tombé dans le coma et par la suite évacué de toute urgence dans un hôpital à Yaoundé. Y étant, la maladie a été dénichée au stade aigue, ce qui m'avait remis dans l'espoir. Mais malheureusement, j'ai finalement basculé à la chronicité, c'est-à-dire la suppléance. J'étais surpris qu'on me parle d'une telle maladie dont je n'avais aucune idée soit en ce qui concerne les contraintes soit de ce qui est de son mode de prise en charge.

Question : Justement sur la question de cette prise en charge, comment vous la vivez ? Qu'est-ce que ça vous fait d'être là ?

Réponse : D'abord la prise en charge est très contraignante, il faut toujours être là. Vous voyez je suis là depuis hier sans qu'on me branche. Il y'a l'alimentation aussi qui doit changer, l'achat des proches de sang pour compensation, l'achat des médicaments, le temps que cela prend pour se faire dialyser. Bref, ce n'est pas la maladie ou sa prise en charge le problème, mais c'est tout ce qui tourne autour, c'est-à-dire tout ce que je viens de citer. Mais ce qui nous remonte ce sont ces machines. Elles détiennent notre vie. Je ne manque pas les séances, même lorsque c'est le cas je cherche à me rattraper. Ce sont nos alliées de tous les jours, elles nous connaissent, c'est vraiment un personnel soignant, je dirai qu'elles sont même spirituelles car elles font parfois des caprices et bien après elles reprennent le fonctionnement normal sans grand effort. Ces machines partagent notre intimité, donc vous comprenez que c'est carrément notre corps qui s'étend à la machine. C'est quand la machine tombe en panne que tu commences à comprendre l'importance de cette machine. C'est pourquoi je prie le Très Haut de protéger ces machines pour qu'elles fonctionnent toujours à merveille. Pour ce qui est des tracasseries de la dialyse, je me suis donné une philosophie, accepter la maladie, la dialyse ça s'arrête à l'hôpital. Voilà pourquoi la dialyse ne me hante pas. J'ai un bon sommeil. Quand je sors d'ici je mets la dialyse dans un coffret. Les problèmes de santé ont toujours été des problèmes personnels pour ma petite famille. Le jour que je dois passer à la dialyse je me prépare dès la maison parce que la maladie c'est dans la tête. En plus, j'ai mes convictions personnelles. En tant que successeur de mon père, je ne dois pas me laisser influencer par la maladie. Si j'ai été désigné successeur de mon père dans cette grande famille, c'est parce que j'ai sûrement mérité cela, c'est un rôle que je dois

assumer. J'ai fait du bien aux gens dans ma famille, et je ne dois pas me laisser malmener par la maladie, J'ai une bonne image de moi-même, celle que j'ai toujours véhiculée auprès de mes amis, je dois la préserver. Je reconnais que j'ai perdu de ma force physique, mais pour le moment je tiens, mon épouse m'entoure et mes enfants viennent parfois ici avec moi en dialyse. C'est formidable. Larmes.

Question : Aimez-vous comme avant ?

Réponse : Oui, je m'aime, je dois le faire, sinon qui va le faire à ma place. Mon environnement compte beaucoup pour moi. Je dois garder l'image que les gens ont toujours eue de moi. J'ai un miroir, lorsque je vais aux toilettes je me mire. Je vois deux images : jeunesse et papa que je suis devenu.

Question : Quelles sont vos rapports avec votre entourage, les amis et connaissances ?

Réponse : 98% de mes amis ne savent pas que j'ai des problèmes de santé. Mes problèmes sont personnels et pour ma petite famille. Ma maladie m'a plus rapproché de ma famille. Je suis un homme de bien. Je me suis dit tous mes enfants, cousins, neveux doivent fréquenter. J'ai pris soin et j'ai réussi avec ma méthode.

Question : quelles sont vos perspectives d'avenir ?

Réponse : Que nous ayons des machines en bonne forme, et qu'on augmente ces machines afin de permettre une fluidité et éviter les pertes de temps aux patients. Il y'a aussi les couts qu'on peut revoir, ce serait vraiment salulaire. Voilà que le gouvernement a déclaré la gratuité des soins, c'est à saluer. C'est vrai que même jusque-là, il y'a toujours dépenses collatérales à faire. Pour ce qui est de la décision du gouvernement, on attend maintenant l'application effective de cette mesure. Dans tous les cas je reste optimiste et que la vie est devant moi. Après tout Dieu est au contrôle de tout.

Protocole d'entretien du cas 5 :

Identification de l'enquêté:

Nom du patient : Alexandre (M.E)

Age : 54 ans

Sexe : M

Statut social : Entrepreneur

Situation matrimoniale : célibataire

Croyant : Oui

Non croyant :

Lieu de résidence : Ngousso

Location

amille

Début de la dialyse : Août 2017

Jour de l'entretien : le 16/04/2023

Heure : 10h 30-11h 15

Nom du chercheur : Abina Xavier

Entretien :

Question : merci d'avoir accepté notre invitation à collaborer dans le cadre de cette étude qui concerne les patients en dialyse. Je voudrais te rassurer que tout ce dont nous parlerons dans cette salle restera strictement confidentielle et ne sera qu'exploité dans le cadre de la réalisation de ce mémoire et ton identité restera anonyme. Alors, je propose qu'on commence.

M. E comment vous vous sentez ?

Réponse : ça va. Quand je suis normalement mes dialyses, je n'ai pas de problèmes.

Question : Dites-moi comment vous avez vécu les débuts de la maladie ?

Réponse : il y'a d'abord le fait que je suis hypertendu. Avant je me sentais souvent fatigué et j'avais les maux de tête et un AVC est venu ouvrir la piste du soupçon de l'insuffisance rénale. Sur les conseils d'un cardiologue œuvrant à Douala, il m'avait recommandé de me rapprocher d'un néphrologue qui avait fini par diagnostiquer une insuffisance rénale au stade suppléance. Avant je négligeais les remèdes qu'on m'avait prescrit et je vivais ma vie comme si de rien n'était. J'étais vraiment actif. Bien après j'ai pris un temps pour me prospecter et je puis vous avouer que j'avais pris ça comme ça, pas de particularité, comme un fait banal. Je n'étais pas vraiment très conscient de la réalité de la chose.

Question : Comment vous vivez la prise en charge ? Qu'est-ce que ça vous fait d'être là régulièrement à côté de ces machines ?

Réponse : la dialyse c'est notre vie, elle me nettoie en diminuant mes kilos. C'est pourquoi je ne manque mes séances lorsque c'est mon jour. C'est juste le temps que cela nous prend qui est à déplorer et la fatigue que cette opération entraîne après une séance. Sinon, c'est la solution en ce moment en attendant qu'une autre formule de prise en charge soit inventée. Tout est possible dans la vie. On ne sait pas ce qui se passe dans les laboratoires de recherche en ce qui concerne les amendements de la prise en charge de cette maladie. Ce que je fais à mon niveau est qu'à l'approche de ma séance de dialyse, je me prépare psychologiquement. Généralement quand l'heure de dialyse s'approche le sommeil se coupe. Je regarde beaucoup la télé. La dialyse est déjà une routine pour moi c'est comme un jeu. J'ai dialysé à Ebolowa, c'est déjà comme un jeu. Je ne consomme pas d'alcool, mais par moment je peux prendre une Guinness. Avec cette maladie, il ne faut rien abuser.

Question : Quelle image faites-vous de vous depuis que vous faites les dialyses ?

Réponse : Quelle question ! Moi j'aime mon corps malgré tout. Même comme je me sens diminué. J'étais actif avant mais maintenant ce n'est pas la grande forme. J'étais un peu léger avant, mais maintenant j'ai repris le corps et pour moi c'est un signe que mon état n'est pas

dramatique mais plutôt en équilibre. Quand je veux me rendre plus beau, je regarde mon miroir, j'arrange bien mon colle. Pour résister à cette maladie, il faut l'accepter, refuser de regarder ce que les gens font autour de toi, et surtout avoir un moral fort. Le problème est que quand vous arrivez ici tout le monde pense que c'est la mort, or c'est faux. La preuve en est que me voici. Je fais mes dialyses depuis 6 ans. Il faut vraiment un service de psychologie ici.

Question : Qu'en est-il de vos rapports avec la famille, l'entourage ou les amis ?

Réponse : je vis avec un de mes enfants, les autres sont tous partis. Beaucoup de personnes ont rompu les liens avec moi, mais ça ne me gêne pas. J'ai compris que la vie c'est d'abord soi-même. Je vais parfois dans les rencontres en famille, mais les rapports sont négatifs. C'est plutôt les amis qui sont à mes côtés.

Question : quelles sont vos perspectives d'avenir ?

Réponse : les projets c'est entre 20 et 40 ans. Je me suis préparée. Mais je songe à me trouver une jeune femme honnête. Je formule le vœu qu'il y ait plus de relaxation en dialyse. Par exemple, permettre aux gens de manger en dialyse comme ça se fait à Ebolowa où j'étais.

Chercheur : merci d'avoir participé à cette recherche, toutes les informations que tu nous as données seront traitées dans la stricte confidentialité et exploitées dans ce mémoire dans l'anonymat.

Annexe 3

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix- Travail- Patrie

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

Centre de recherche doctorale

Département de psychologie



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

Doctorate research center

Department Of psychologie

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Nous sommes étudiant-chercheur en psychopathologie et psychologie clinique en Master 2 à l'Université de Yaoundé 1 et, nous vous prions de bien vouloir participer à une recherche qui se déroule auprès des patients en hémodialyse au CHU-Yaoundé, ceci dans un but académique.

Je suis informé, que cette étude vise à examiner les mécanismes psychiques qui concourent à la sauvegarde l'image du corps des sujets atteints d'insuffisance rénale chronique et suivi en dialyse au CHU-Yaoundé. En acceptant de remplir le formulaire qui me sera remis, j'atteste :

- Avoir eu un temps de réflexion suffisant pour le faire,
- Avoir été informé(e) qu'aucun renseignement permettant de m'identifier n'y figurera,
- Avoir été informé(e) que les données recueillies pourront être utilisées dans des publications scientifiques.
- Avoir été informé(e) que mon discours sera enregistré et ceci dans un cadre ouvert à d'autres patients.

J'accepte donc de participer à la présente recherche, en accord avec les conditions énoncées plus haut.

Date :

Signature :

IRBMS

Institut Régional du Bien-être,
de la Médecine et du Sport Santé

WWW.PSYCHOLOGIEDUSPORTIF.FR

WWW.IRBMS.COM - NORD-PAS-DE-CALAIS

Rubrique : Echelle d'Evaluation

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Par Nathalie Crépin et Florence Delerue

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estime de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive. (Voir article : « encore une erreur d'arbitrage ou comment maintenir une estime de soi positive... »)

En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre			1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté			1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens			1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.			1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.			1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même			1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.			1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			1-2-3-4

Comment évaluer votre estime de soi ?

Pour ce faire, il vous suffit d'additionner vos scores aux questions **1, 2, 4, 6 et 7**.

Pour les questions **3, 5, 8, 9 et 10**, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si vous entourez le chiffre 1, 3 si vous entourez le 2, 2 si vous entourez le 3 et 1 si vous entourez le 4.

Faites le total de vos points. Vous obtenez alors un score entre 10 et 40.

L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

Si vous obtenez un **score inférieur à 25**, votre estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.

Si vous obtenez un **score entre 25 et 31**, votre estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.

Si vous obtenez un **score entre 31 et 34**, votre estime de soi est dans la moyenne.

Si vous obtenez un **score compris entre 34 et 39**, votre estime de soi est forte.

Si vous obtenez un **score supérieur à 39**, votre estime de soi est très forte et vous avez tendance à être fortement affirmé.

*

* *

Test : définir son niveau de stress

La PSS (Perceived Stress Scale) est une échelle de mesure du stress perçu adaptée de Cohen et Williamson (3). Elle se base sur l'approche transactionnelle du stress afin d'appréhender les mécanismes psychocognitifs de ce dernier. Cette technique est la plus employée pour mesurer notre perception du stress. À travers dix étapes, il est facile d'évaluer rapidement les situations qui sont perçues comme menaçantes, c'est-à-dire non prévisibles, incontrôlables et pénibles.

Je vous propose de vous lister ci-après les dix questions clés afin de vous aider à déterminer et à interpréter votre niveau de stress actuel.

1 Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?

- 1 Jamais
- 2 Presque jamais
- 3 Parfois
- 4 Assez souvent
- 5 Souvent

2 Au cours du dernier mois, combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?

- 1 Jamais
- 2 Presque jamais
- 3 Parfois
- 4 Assez souvent
- 5 Souvent

3 Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti nerveux ou stressé ?

- 1 Jamais
- 2 Presque jamais
- 3 Parfois
- 4 Assez souvent
- 5 Souvent

4 Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti assez confiant pour prendre en main vos problèmes personnels ?

- 5 Jamais
- 4 Presque jamais
- 3 Parfois
- 2 Assez souvent
- 1 Souvent

5 Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?

- 5 Jamais
- 4 Presque jamais
- 3 Parfois
- 2 Assez souvent
- 1 Souvent

6 Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?

- 1 Jamais
- 2 Presque jamais
- 3 Parfois
- 4 Assez souvent
- 5 Souvent

7 Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?

- 5 Jamais
- 4 Presque jamais
- 3 Parfois
- 2 Assez souvent
- 1 Souvent

8 Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?

- 5 Jamais
- 4 Presque jamais
- 3 Parfois
- 2 Assez souvent
- 1 Souvent

9 Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?

- 1 Jamais
- 2 Presque jamais
- 3 Parfois
- 4 Assez souvent
- 5 Souvent

10 Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un point tel que vous ne pouviez les contrôler ?

- 1 Jamais
- 2 Presque jamais
- 3 Parfois
- 4 Assez souvent
- 5 Souvent

Comment calculer et ensuite interpréter le score pour le stress perçu ?
Il suffit d'ajouter les chiffres qui figurent au niveau de chaque réponse.

Si votre score est inférieur à 21 : vous savez gérer votre stress et vous adapter. Vous trouverez toujours des solutions.

Si votre score est compris entre 21 et 26 : en général, vous réussissez à faire face au stress. Mais, dans certaines situations, vous ne savez pas le gérer. Vous êtes parfois animé d'un sentiment d'impuissance qui entraîne des perturbations émotionnelles. Pour en sortir, apprenez des méthodes de stratégies de changement (par exemple, la stratégie de coping qui consiste en l'analyse, l'évaluation des ressources et l'ajustement face à une situation donnée).

Si votre score est supérieur à 27 : pour vous, la vie est une menace perpétuelle. Vous avez le sentiment de subir la plupart des situations sans pouvoir rien faire d'autre. Un travail sur votre schéma de pensée est souhaitable ainsi qu'un changement dans votre manière de réagir. Cet ouvrage vous sera donc d'une très grande aide. Je vous recommande également, pour une action synergique, d'envisager un travail de fond avec l'aide d'un thérapeute (sophrologue, art thérapeute, psychothérapeute, naturopathe.).

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES ET DES SCHEMAS	vi
LISTE DES ANNEXES	vii
RESUME.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION	1
PARTIE I : CADRE THEORIQUE	4
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE	5
1-1- CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	6
1-1-1- Contexte de l'étude	6
1-1-2- Originalité	9
1-1-3- Justification	10
1-2- INTERET DE LA RECHERCHE	11
1-3- FORMULATION DU PROBLEME ET QUESTION DE RECHERCHE	12
1-3-1- Formulation du problème.....	12
1-3-2 Questions de recherche.....	15
1-3-2-1 Question principale de recherche	15
1-3-2-2- Questions spécifiques de recherche	15
1-4- OBJECTIF DE L'ÉTUDE	15
1-4-1- Objectif général de l'étude	15
1-4-2- Objectifs spécifiques de l'étude	15
1-5- DELIMITATION DE LA RECHERCHE	16
1-5-1- Délimitation thématique.....	16
1-5-2- Délimitation empirique	17
1-5-2-1- Du point de vue spatiale.....	17
1-5-2-2- Du point de vue temporel.....	17
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE	19

2-1- DEFINITIONS DES CONCEPTS	19
2-1-1- La maladie chronique.....	19
2-1-2- L'insuffisance rénale chronique.....	19
2-1-2-1- Evolution.....	20
2-1-2-2- L'organe rein et sa fonction	21
2-1-2-2-1 Au plan physiologique.....	21
2-1-2-2-2 Au plan symbolique.....	21
2-1-2-3 Une particularité de l'insuffisance rénale chronique.....	22
2-1-2-4 - Les principales étiologies	23
2-1-2-5- Les populations à risque.....	23
2-1-2-6 Les traitements de l'insuffisance rénale chronique	23
2-1-2-6-2- Le premier traitement efficace par dialyse	25
2-1-2-6-3- L'hémodialyse moderne	26
2-1-2-6.3-1 L'hémodialyse.....	26
2-1-2-6-3-2 La dialyse péritonéale	28
2-1-2-7- Epidémiologie de l'IRC	28
2-1-2-8 Le parcours de soins d'un sujet IRC	33
2-1-2-9- Signes cliniques	34
2-2- LE CONCEPT DU VECU	34
2-3- L'EFFRACTION TRAUMATIQUE	35
2-4- EFFRACTION PSYCHIQUE	36
2-5- EFFRACTION CORPORELLE	37
2-5-1- La relation corps-machine : un vécu traumatisant	38
2-5-2- Brouillage de la limite corps-machine	38
2-5-3- L'inquiétante étrangeté corps-machine	39
2-5-4- Les syndromes de l'angoisse traumatique de répétition en dialyse	41
2-6- L'EVENEMENT TRAUMATIQUE	43
2-7- LES DOULEURS PSYCHIQUES DES EVENEMENTS : LES ANNONCES, LES PERTES ET LA DEPENDANCE EN NEPHROLOGIE	43
2-8- LE MALADE FACE AUX REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA MALADIE	46
2-9- LE MALAISE DE L'AMALGAME À L'HÉMODIALYSE	48
2-10- LES MECANISMES PSYCHIQUES	49
2-10- 1- LE FETICHISME	49

2-10- 2- LA PERSONNALISATION	50
2-10-3 LA CROYANCE AUX FAITS RELIGIEUX	51
2-10-3- L'AUTOEFFICACITE	52
2-10- 4- L'INTELLECTUALISATION	53
2-10-5- L'INCORPORATION DE LA MALADIE ET DU CONTEXTE DES SOINS	54
2-10-6- PROJECTION AU MIRACLE SCIENTIFIQUE	54
2-10- 7- L'IDENTIFICATION	56
2-10- 8- LA VIGILANCE	57
2-11- L'IMAGE DU CORPS	57
2-11-1- La dimension structurelle et développementale de l'image du corps	61
2-11-2- L'évolution de l'image du corps	62
2-11-2-1- La première phase (orale)	62
2-11-2-2 La deuxième phase	62
2-11-2-3 Le stade phallique.....	62
2-11-3- L'image du corps et le destin (castration symboligène)	63
2-11-4- Maturation de l'image du corps	63
2-11-5- L'approche psychanalytique de l'image du corps.....	63
2-11-6- L'image du corps et maladie chronique	64
2-12- APPROCHE THEORIQUE DU TRAUMATISME	65
2-12-1- Le Traumatisme selon Freud.....	65
2-12-2- La théorie de l'après-coup.....	67
2-13- DIDIER ANZIEU ET LE MOI-PEAU	69
2-14- THEORIE PULSIONNELLE, DU NARCISSISME ET DE LA LIBIDO	70
2-15- LA NEGATIVITE PSYCHIQUE	73
2-16- LA RESILIENCE	75
2-17- LES PROCESSUS D'ADAPTATION	76
PARTIE II : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE	77
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	78
3-1- RAPPELS ET CLARIFICATION DE L'ETUDE	78
3-1-1- Rappel du problème et de la question de recherche.....	78
3-1-2- Variables et modalités.....	80
3-1-2-1- Définition opératoire des variables de l'hypothèse générale	80
3-1-2-2- Variable indépendante : vécu de l'hémodialyse	80

3-1-2-3- Variable dépendante : image du corps.....	81
3-1-3- Hypothèse de l'étude.....	82
3-1-3-1- Hypothèse générale.....	82
3-1-3-2- Hypothèses de recherche	82
3-2- SITE DE L'ETUDE	84
3-2-1- Justification du choix du Centre d'hémodialyse du CHU-Yaoundé.....	84
3-2-2- Présentation du Centre d'hémodialyse du CHU-Yaoundé	85
3-3- TYPES DE RECHERCHE	85
3-4- PROCEDURE ET CRITERES DE SELECTION DES PARTICIPANTS	88
3-4-1- Critères de sélection.....	89
3-4-1-1 Critères d'inclusion	89
3-4-1-2- Echelle de sélection des participants.....	90
3-5- UTILISATION DE LA METHODE CLINIQUE DANS LE CADRE DE NOTRE TRAVAIL	91
3-6- INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES	92
3-6-1 Le guide d'entretien.....	92
3-6-2- Le déroulement éthique des entretiens.....	94
3-6-3- Nos attitudes et techniques pendant les séances d'entretien	95
3-7- TECHNIQUES D'ANALYSE DES DONNEES	96
3-7-1 – Analyse des résultats : l'analyse de contenu	96
3-7-2- L'analyse thématique	101
3-8- GRILLE D'ANALYSE DES ELEMENTS DU DISCOURS	102
3-9- TECHNIQUE DE DEPOUILLEMENT ET INTERPRETATION DES RESULTATS D'ANALYSE	104
CHAPITRE 4 : PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNEES DE L'ETUDE	105
4-1- PRESENTATION DES PARTICIPANTS DE L'ETUDE	105
4-1-1- M. A (Arnold)	105
4-1-2- M. B (Charles)	106
4-1-3- Mlle C (Michelle)	108
4-1-4- M. D (Clément).....	108
4-1-5- M. E (Alexandre)	109
4-2- ANALYSE DES DONNEES	110
4-2-1 L'absence de névrosisme adossée à la croyance au fétiche	110
4-2-2- L'extraversion adossée à la croyance à la force de la personnalité	114

4-2-2- L'état de conscience aiguë adossée à la croyance à la force de la médecine .	119
4-3- SYNTHESE DES ANALYSES	121
CHAPITRE 5 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION	123
5-1- RAPPEL DES DONNEES EMPIRIQUE ET THEORIQUE	123
5-1-1- RAPPEL DES DONNEES EMPIRIQUES	123
5-1-1-1 Absence de névrosisme adossée à la croyance au fétiche	123
5-1-1-2 L'extraversion adossée à la croyance à la force de la personnalité	127
5-1-1-3 L'état de conscience aiguë adossé à la croyance à la force de la médecine	131
5-1-2 Rappel des données théoriques	134
5-2 INTERPRETATION DES RESULTATS	141
5-2-1 Interprétation des données issues de l'absence de névrosisme adossée à la croyance au fétiche et image du corps du sujet dialysé	141
5-2-2 Interprétation des données issues de l'extraversion adossée à la croyance en la force de la personnalité et image du corps du sujet dialysé	145
5-2-3 Interprétation des données issues de la conscience aiguë adossée à la croyance en la force de la médecine et l'image du corps du sujet dialysé	149
5-3- DISCUSSIONS, PERSPECTIVES DE L'ETUDE	151
5-3-1 Discussion des résultats	151
5.3.2 Perspectives de l'étude	155
5-4- LIMITES DE L'ETUDE	157
CONCLUSION	160
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	162