



Représentations de la greffe rénale chez une patiente dialysée
Representations of kidney transplant in a dialysis patient

HADDAD NASSIMA

Universite Mouloud Mammeri Tizi-Ouzou
(Algérie)

nassima_had2000@yahoo.fr

Résumé:	informations sur l'article
<p>les patients dialysés évoquent des représentations de la greffe rénale oscillant entre le souhait d'un changement qui met fin à leur dépendance à la machine de dialyse, et la peur d'acquérir leur autonomie. Ce travail portera sur la présentation d'un cas clinique (entretien clinique, protocole de Rorschach et protocole de TAT) d'une patiente dialysée âgée de 40 ans, afin de mieux comprendre le vécu fantasmatique de la greffe chez cette patiente et de prédire l'incorporation du greffon ou son rejet en cas de greffe anatomique réelle.</p>	<p>Reçu 26 Mai 2021 Acceptation 27 septembre 2021</p> <p>Mots clés: ✓ hémodialyse ✓ greffe rénale ✓ représentations</p>
Abstract :	Article info
<p>The dialysis patients representations of the kidney transplant oscillating between the wish of change which puts end to their dependence to the dialysis machine, and the fear to acquire their autonomy. This work will focus on the presentation of a clinical case (clinical interview, rorschach protocol and TAT protocol) of a 40 year old dialysis patient, in order to understand the fantasmatic experience of transplantation in this patient, and to predict the incorporation of the graft or its rejection in case of real anatomical transplant.</p>	<p>Received 26 May 2021 Accepted 27 September 2021</p> <p>Keywords: ✓ hemodialysis ✓ Kidney transplant ✓ representations</p>

introduction

L'insuffisance rénale terminale se traduit par la perte progressive et irrémédiable de la fonction rénale, le malade est menacé de mort et ne peut y échapper qu'on se soumettant à un traitement palliatif, l'hémodialyse qui implique une épuration sanguine tri-hebdomadaire ou bénéficier d'une transplantation rénale, généralement les patients hémodialysés préfèrent la greffe à l'hémodialyse afin de retrouver leur autonomie et pouvoir mener une vie loin de l'hôpital, leurs représentations manifeste de la greffe rénale décrivent une vie meilleur, sauf que l'écoute de leurs fantasmes en relation avec la greffe rénale peut distinguer ceux chez qui le greffon sera accepter et ceux chez qui il sera rejeter.

Dans ce travail nous présenterons le cas « Hmama » chez qui les représentations de la greffe rénale peuvent rendre le rejet de greffon très possible, la greffe psychique chez elle nécessite un accompagnement psychologique qui lui permettra de résoudre ses problématiques personnelles.

Le protocole de recueil de données avec cette patiente comporte une première rencontre qui sert à présenter le psychologue, le travail de recherche et le formulaire de consentement (Haddad Nassima, 2012). Cette première entrevue d'explication de la recherche sera suivi 15 jours après par un entretien d'une durée d'une heure, Il prendra essentiellement une visée d'écoute d'allure psychothérapeutique et non d'un questionnement systématique pour un recueil d'informations, excepté dans le dernier quart d'heure (en cas de nécessité) où le psychologue chercheur doit poser des questions, il doit se contenter de suivre les paroles et les associations d'idées de la

patiente avec respect et bienveillance sans bousculer ses défenses.

La troisième et quatrième séance chacune d'elles intervient au moins une semaine après l'autre, elles seront consacrées respectivement a la passation du rorschach et du TAT, à la fin de chaque épreuve la patiente n'est pas quitter d'une façon brutale face à un matériel sensible et délicat. On lui a proposé de nous dire « ce qu'elle pense de l'épreuve et si elle à quelque chose d'autre à ajouter » pour éviter une séparation difficile. Ces séances seront entamées par un entretien de restitution (a la demande de patient) qui permet de donner au patient les éléments essentiels qui se dégagent de l'ensemble d'informations que nous avons recueilli sur lui. On met en avant les points positifs et les points forts du fonctionnement de la personne.

2. Définition des concepts : nous allons reprendre les définitions théoriques des concepts utilisés dans ce travail, par la suite donné leur définitions opérationnelles :

2.1. Représentation :

selon le vocabulaire de psychanalyse (Laplanche et al., 2007) ce terme désigne ce que l'on se représente, ce qui forme le contenu concret d'un acte de pensée et en particulier la reproduction d'une perception antérieur. Freud oppose la représentation à l'affect, chacune de ces deux éléments subissant, dans les processus psychiques, un sort distinct.

Les représentations dans les maladies graves sont une reconstruction par le malade de l'univers médical, psychique et sociale, c'est la manière dont il explique la causalité de sa maladie, se comporte à l'égard des soins qui lui sont préconisé par les médecins et à l'égard de sa santé, modifie ses investissements antérieurs et

engage un travail psychique qui lui permettra d'apprivoiser cette maladie.

Pedinielli (Villani et al., 2013) introduit la notion de « travail de la maladie », pour traduire l'idée que la maladie organique conduit à des remaniements psychiques importants, en ce sens qu'elle est « une expérience, un événement interne susceptible de représentation et générateur d'un jeu d'investissement ». L'entrée en maladie doit conduire à la mise en représentation de la perte du corps sain, de l'image idéale et l'illusion de l'immortalité, et du corps malade.

Dans notre travail les représentations sont tout ce que rapporte la patiente dans l'entretien sur son vécu de la maladie rénale, l'hémodialyse et la greffe.

2.2. Elaboration psychique :

Selon l'école psychosomatique de Paris le travail psychique protège le corps ou favorise la réorganisation lorsque la somatisation est installée, la compréhension de ce travail psychique donne l'importance à l'étude de la mentalisation, Rosine Debray (Pheulpin, 2014) définit cette dernière comme la capacité à tolérer, négocier, gérer l'angoisse, la dépression, les conflits interpersonnels et intra-psychiques.

Dans ce travail l'élaboration psychique c'est la capacité à tolérer, négocier, gérer l'angoisse, la dépression, les conflits interpersonnels et intra-psychiques, nous l'avons dégagée à partir des tests projectifs (Rorschach et TAT) en utilisant une grille d'analyse que nous avons développé pour l'analyse de données de notre travail de doctorat (Haddad. N, 2015).

2. Présentation de la patiente :

Hmama est une patiente dialysée âgée de 40 ans, mère de deux filles, elle est la 7^{em} d'une famille de 8 filles et 3 garçons, le travail avec cette patiente est effectué dans un bureau du service d'hémodialyse de l'hôpital bni-messous qu'on nous a attribué toute la durée de notre pratique de recherche.

Durant toutes les séances de travail avec la patiente (ses séances se déroulaient avant, après ou hors séances d'hémodialyse) elle paraissait très fatigué, pâle et parfois vidé de toute énergie, sa bouche sèche et son regard vide nous donnaient l'impression qu'elle parlait de très loin, et que malgré toutes ses paroles le silence l'envahissait pour cacher la vie et le dynamisme qui anime toute être vivant, paroles démunies d'émotions, nous avions devant nous une femme momie, la seule chose qui l'animait était l'expression d'un sourire ou d'une tristesse qui se dessinaient sur son visage de temps à autre .

Cette incapacité à pouvoir exprimer ses sentiments et ses émotions est une caractéristique des patients atteints de maladies psychosomatiques graves, elle est décrite par les chercheurs Anglo-Saxon sous le concept d'alexithymie et définie dans le courant psychosomatique par Marty & de M'Uzan (M'Uzan & Marty, 1963) à travers le concept de pensée opératoire dont la définition se résume à :

- Difficultés à pouvoir communiquer ses sentiments à autrui ;
- Incapacité d'identifier ses sentiments et de pouvoir les distinguer des sensations corporelles ;
- Pauvreté de la vie imaginaire ;
- Pensée tournée vers l'extérieur (pensée concrète) et non vers l'intérieur.

Corcos & Speranza (Corcos & Speranza, 2003) suggèrent que le concept de pensée opératoire est probablement plus large que celui d'alexithymie, et que malgré leurs points communs, la pensée opératoire comporte une dimension supplémentaire : l'inaptitude à mentaliser les conflits avec un risque de décharge de l'excès d'excitation et d'angoisse dans les sphères somatiques et comportementales.

Pour la pauvreté de la vie imaginaire Crombez, J-C et Lefebvre (Crombez & Lefebvre, 1973) trouvent que la carence fantasmatique en hémodialyse est causé par le caractère chronique de cette dernière et l'hermétisme que produit l'ajournement du travail du deuil. L'hémodialyse et la greffe en étant annoncées, deviennent des paramètres existentiels dont la qualité nouvelle entraîne en fait une riche fantasmatique. Que la maladie persiste, que l'hémodialyse devienne chronique, que la greffe tarde ou soit retardée, l'accession aux fantasmes et l'insight diminuent rapidement. La fantasmatique est strangulée, gelée, ainsi l'attente et le temps sont des paramètres très importants dans la fantasmatisation. Cette pétrification des fantasmes survient donc comme une adaptation secondairement défensive au moment d'une confrontation à une question d'ordre fondamental c'est-à-dire de vie ou de mort, cela explique que la confrontation avec la mort est crainte et évitée par une gamme de mécanismes pathologiques : certains patients vont refuser de subir l'intervention comme représentant la possibilité de mort.

La patiente s'est décrite comme une femme qui n'aime pas se séparer de ses anciens sacs à main, par contre elle change très souvent de maison, de décor et de voiture, pour elle ce qui est familier l'inquiète et devient étranger, comme son corps qu'elle ne reconnaît plus.

Ces propos nous font penser au concept « d'inquiétante étrangeté » de Sigmund Freud, qui selon Anzieu (Anzieu, 1985) correspond aux « sensations de ne pas se reconnaître, de perte du sentiment d'unité, de perte du sentiment des frontières entre le soi et l'extérieur », pour Freud (Sigmund Freud, 1919) ce concept désigne aussi le fait que « l'adulte ne se défait jamais tout à fait de l'enfant qu'il fut, et revit, sous des formes déguisées, ses premiers émois, désormais enfouis dans l'Inconscient, et néanmoins vivaces. Les lieux fréquentés, les personnes côtoyées évoquent toujours, de quelque manière, les divinités tutélaires (parents) et les espaces sacrés (maison familiale) du prétendu » c'est une réaction d'angoisse de tout individu confronté, dans la réalité, à des éléments inquiétants de ses anciennes croyances infantiles refoulées.

Pour notre patiente le sac contient les papiers, l'argent, les bijoux et même les secrets d'une femme, c'est un accessoire indispensable pour cette dernière car il met en valeur sa féminité, le sac pour cette patiente ressemble à la boîte à bijoux de la mère, contenu manifeste rapporter par Sigmund Freud. (S. Freud, 1905) dans le premier rêve de « DORA » présenté dans les Cinq psychanalyses sous le titre de « *Fragments d'une analyse d'hystérie. (Dora)* », Le contenu latent de la boîte à bijoux Freud l'a déduit par les associations libres de la patiente, il signifie les organes génitaux féminin, pour Freud le rêve cherche à reformer le présent sous la forme du passé. Le désir qui crée le rêve provient donc toujours de l'enfance, il veut toujours la ressusciter, en refaire une réalité, corriger le présent d'après l'enfance, le fait que cette patiente tien autant aux anciens sacs à main nous laisse dire est ce une manière d'exprimer sa difficulté quand à assumer sa sexualité comme femme mure.

3. Famille et relations :

Hmama est issue d'une famille instruite, toutes les filles sont des spécialistes dans le domaine médical par contre les garçons s'intéressent soit au commerce soit aux domaines techniques. Chaque membre de cette famille souffre d'une maladie organique chronique, les parents souffrent de la tension artérielle et problèmes du cœur, sœur aînée maladie de Turner, d'autres sœurs l'hypothyroïdie, la sœur qui la précède est passée par l'hémodialyse durant plusieurs années avant de subir une greffe rénale, son jeune frère est mort d'une insuffisance rénale terminal.

Mère décrite par la patiente comme une femme pour qui la souffrance est interminable, souffrance en relation avec sa propre maladie et la maladie de ses enfants surtout celle qui avait une insuffisance rénale terminale, selon la patiente la souffrance de sa mère est causée par son obsession de ménagère absorbée par la propreté est l'ordre, la patiente avait ressenti depuis son jeune âge une très grande pitié à l'égard de sa mère et c'est pour cette raison qu'elle était très soumise et elle faisait tout ce que sa mère lui demandait et de la manière qu'elle le désirait rien que pour la satisfaire, par contre son père est décrit comme un homme qui gâtait ses enfants et leur offrait tout ce qu'il demandaient, mais malgré sa maladie il a vécu sa vie comme il l'a souhaitait car il avait de l'argent et il pouvait se permettre tout ce qu'il voulait.

Cette description sous entend que le père n'était présent que par son argent immuniser contre la souffrance de la maladie de sa femme, ses enfants et même sa propre maladie, pour elle l'argent a fait le bonheur de son père, ce dernier était aimé par la patiente et la pitié qu'elle ressentait pour sa mère n'était qu'une

culpabilité générée par ce sentiment d'amour surtout que la mère était malade et délaissée par le père, tous les enfants sont attachés à la mère mais le père est mis à l'écart, d'ailleurs la patiente a beaucoup parlé de la concurrence qui existe entre ses frères et sœurs pour satisfaire leurs mère surtout après son AVC, les relations familiales sont axées sur la maladie, être rejeté ou accepté dans cette famille dépend du fait d'être malade ou non, cela veut dire que le processus d'identification est véhiculé par la maladie.

Sa relation avec son mari est stable, d'après elle il accepte sa maladie mais il voyage beaucoup, il ne l'aide pas dans l'éducation de ses filles, ses dernières préfèrent le père et s'entendent bien avec lui, par contre les nièces de hmama préfèrent à leurs mères, par là on peut déduire que la relation entre la patiente et ses filles est conflictuelle, sachant que l'âge d'adolescence des filles stimule la régression de la patiente à son adolescence et projette ses propres difficultés à cette âge sur ses filles, d'un autre côté la valorisation des nièces minimise sa culpabilité et renforce son narcissisme.

4. Histoire et représentations de la maladie et de l'hémodialyse :

Les antécédents personnels de la maladie chez cette patiente débutent à 14 ans, l'âge où apparaissent ses règles douloureuses et très abondantes, ces saignements persistent jusqu'à l'âge adulte, ils causent une anémie qui s'aggrave après l'apparition d'un fibrome, le traitement préconisé par le médecin implique une diarrhée par contre la chirurgie est contre indiquée pour elle à cause de la tension artérielle. Je souligne ici que la patiente présente une fragilité au niveau des identifications sexuelles en tant que femme, d'ailleurs l'apparition de sa maladie rénale coïncide avec sa première grossesse, et

elle s'aggrave à cause d'un traumatisme en relation avec la mort de son jeune frère atteint d'insuffisance rénale chronique, dès le début de sa maladie les médecins lui ont confirmé que l'hémodialyse est inévitable.

Elle connaissait les contraintes et les complications de cette hémodialyse par le biais de sa sœur aînée et son jeune frère mort d'insuffisance rénale terminale, sa sœur ne cessait de répéter « Hémodialyse-fardeau », et qu'elle ne ressentait guère d'effets positifs au soins, cette hémodialyse s'apparentait chez elle à une torture et à un vampirisme, comme si la machine de dialyse est doté d'une vie et qu'elle vivait grâce au sang des malades, elle tue la vie et permet la survie.

Malgré l'influence négative du vécu de sa sœur, la patiente reconnaît que les choses n'étaient pas pareilles pour elle, la dialyse était tolérable car elle a gardé son rythme habituel de vie. Après deux AVC l'hémodialyse devient insupportable pour hmama surtout à la fin de la séance qui s'accompagne souvent d'une hypertension artérielle.

Cet état à persister même en France mais ne c'est pas produite à la Mecque, la première fois où elle a eu son hypertension c'était chez ses parents, elle passait chez eux la nuit lors d'une fête religieuse « elmaoulid enabaoui », elle me dit « à l'aube mon œil est devenu blanc comme une vitre je ne voyait rien, le lendemain le médecin m'explique que mon état est due à une hypertension », l'inquiétude de la patiente devient de plus en plus importante car selon elle les médecins n'arrivent pas à expliquer son état lors de la dialyse et l'attribuent à des facteurs psychologiques et lui prescrivent de lexomil, elle leur réclame l'utilisation de l'ancienne solution acétate à la place de Bicarbonate en hémodialyse ou bien la dialyse péritonéale, le refus des

médecins est expliqué par la patiente par l'utilisation de l'acétate

dans la fabrication des bombes, tandis que La recherche sur les deux solutions évoquées par la patiente indique que « L'hémodialyse à l'acétate a été abandonnée au profit de l'hémodialyse au bicarbonate rendue facilement réalisable du fait des progrès technologiques effectués sur les moniteurs d'hémodialyse » (Petitclerc et al., 2011).

En remarque aussi une persévérance du sac chez la patiente par le fait de réclamer la dialyse péritonéale, donc le sac (poche placé au niveau du ventre) peut contenir les urines qui se filtrent directement de ventre et ne sortent plus par le méat urétral, comme si la patiente veut éliminer cette partie de son corps, cela confirme ses difficultés d'identifications sexuelles.

5. Représentations de la greffe :

Hmama a eu deux occasions de don de rein mais elle les a refusé, elle nous confie « je veux le rein d'un cadavre et non pas celui d'un vivant, car le mort ne fait ni bien ni mal ». Dans ce cas deux importantes questions s'imposent à nous :

- Peut-on dire que le manque critique de donneurs reste le principal facteur limitant le nombre d'interventions ? Ou bien c'est les refus psychologique de la greffe qui les limitent ?

- Peut-on dire aussi que la patiente refuse la greffe car elle représente la possibilité de vie plus que celle de la mort ?

Crombez, J-C et Lefebvre (Crombez & Lefebvre, 1973) décrivent La greffe rénale comme « une aventure stressante, désorganisée et régressante, elle est par contre l'expérience d'un échange et d'une mort évitée, certains patients en retirent

bénéfice, d'autres en sortent traumatisés », mort évitée et vie redoutée pour certains patients car les transplantations d'organes poussent à l'extrême le « questionnement sur l'être humain en l'interpelant sur les problématiques fondamentales du Soi/Non-Soi, du Soi/Autres, de la vie et de la mort, du don et de la dette, du sentiment d'identité, du processus de filiation, ainsi que de la transgression des interdits » (Triffaux & Bertrand, 2002).

Pour les deux chercheurs précédant la greffe est vécue comme « effaçant la maladie, renaissance, résurrection et, à un niveau surmoïque, comme une rédemption. A travers la mort (c'est-à-dire l'intervention) le pardon (c'est-à-dire le don rénal) permet la ressuscitation. Cette vision de renaissance, de rédemption consiste elle-même en une nouvelle défense contre l'angoisse de mort, ou la greffe devient un moyen magique, c'est-à-dire affublée d'autres pouvoirs que ceux naturels, afin « d'arranger tous les problèmes ».

On peut déduire par ces deux passages qu'il y'a des différences individuelles entre les patients quand a dépasser l'angoisse de mort et accepter la vie.

Le refus de la patiente à subir l'intervention de greffe est une défense contre les fantasmes qui peuvent survenir lors d'une greffe (c'elles de l'organe, de donneur), c'est une défense contre l'angoisse de mort, l'angoisse de castration et une défense contre la refertilisation et contre la vie, car un cadavre est démuné de vie.

Crombez, J-C et Lefebvre (Crombez & Lefebvre, 1973) expliquent que sur le plan libidinal l'hémodialyse et la greffe rénal sont vécues comme des variantes de la castration. On a peur de perdre son travail, ses capacités productives, ses capacités reproductives. Chez une femme la maladie

réalise l'amputation d'un pénis imaginaire, la confrontant à une

Identification sexuelle féminine indésirable. La transplantation est généralement vécue comme une rephallicisation ou une refertilisation, quelques fois avec une signification transsexuelle.

La peur de la vie par la patiente se confirme par le fait qu'elle accepte le rein d'un cadavre, selon Crombez, J-C et Lefebvre (Crombez & Lefebvre, 1973)« la greffe de rein de cadavre est appréhendée par certain comme un échange imposé avec un mort, signalant le rejet dans le monde des morts ; ce mariage entre un mort et un vivant peut être prémice de celui entre deux morts. (Il est désiré par la patiente car il garde l'anonymat de donneur, ce qui laisse place a une agressivité non exprimable car sans objet (au sens de personne), mais remplacé par la culpabilité vis-à-vis de ce donneur mort pour que le receveur vive.

Les rêves rapporter par la patientes expliquent le choix du rein d'un cadavre, et expliquent aussi sa castration, c'est des rêves de réalisation de désirs, fruits et aliments interdits par les médecins sont mangé pendant le rêve, mais deux rêves la marquent beaucoup et nous les raconte les larmes aux yeux, le premier elle l'explique par rapport a son désir a avoir un garçon, le contenu manifeste du rêve est le suivant : « une femme saoudienne habiller de noir lui remet un bébé et lui dis que c'est le prophète », au réveil elle était très contente car elle a vue le prophète et l'a tenue dans ses bras, le deuxième rêve a une relation avec une dette d'argent de son frère décédé, son rêve a permet de rendre cette argent a la personne endetté et délivrer le frère décidé de cette dette grâce a elle. Elle nous explique que cette dette payé à son frère lui permet d'avoir le rein d'un donneur cadavre. D'un autre coté accepter le rein

d'un cadavre est une répression des affects d'amour ou de haine car pour notre patiente le cadavre ne fait ni le bien ni le mal, cette mortification des affects est une défense de moi contre l'éros.

6. Transfert et Contre transfert :

La patiente nous a comparée à la psychologue qui a assuré son suivie psychologique en France, elle nous révèle qu'elle lui a cachée la cause de la mort de son frère, mais elle n'a pas peur de nous la révéler, elle n'a pas cessé de nous remercier durant toutes les séances ou nous l'avons reçue.

Nous avouons que notre expérience avec les patients hémodialysés était difficile, nous étions terrifiée par cette maladie, la machine et surtout la mort de

plusieurs patients juste a la fin de notre travail avec eux, nous avons pu revivre la lourdeur de ces cas suite aux dires d'une enseignante chercheur a l'université paris V qui nous à dis « oh mon dieu pour quoi tu as choisi de travailler sur la mort, c'est des cas trop lourd ma fille », là nous avons compris que la douleur et la mort accompagnaient l'élaboration de notre thèse de Doctorat dont cette patient fait partie de la population de recherche, et accompagnaient aussi notre propre élaboration psychique du deuil, de la mort et de la vie.

7. Résultats du protocole de Rorschach:

Nous présenterons la production recueillie par la passation et la cotation du rorschach dans le tableau suivant :

Table N°1. Psychogramme du Rorschach

Synthèse	Types d'appréhension	Déterminants	contenus
R = 26	G= 5	$\Sigma F = 12$	$\Sigma A = 12$
R.compl. = 1	G%= 19	K= 0	H = 0
Refus = 0	D= 19	Kan= 1	Frag = 4
T.total= 24'1''	D%= 73	CF= 5	Bot = 3
Tp/R = 55''		FC= 1	Pays = 1
Types.d'appr = G - D		NC = 4	Anat = 2
TRI = 0K /5.5C			Obj = 2
RC% = 46		NC' = 2	
Ban = 2		FClob = 3	
F% = 46			
F% élarg = 65			
F+% = 41 F+% élarg = 68			
A% = 46			
H% = 0			

Le nombre de réponses (R=26) est élevé selon les normes présenter dans le travail de Si moussi et Benkhelifa (Si moussi & Benkhelifa, 2004) Sur une population algérienne, sauf que la persévérance de la patiente a donner les même réponses dans les différentes planches à fait que ce nombre de réponses est élevé, mais se sont juste des percepts vide de connotation fantasmatique.

Les types d'appréhension sont dominés par un pourcentage très élevé de détails, reliées à des formes de mauvaise qualité, cela confirme la difficulté de cette patiente quand aux limites entre le dedans et le dehors vue le vécu de la dialyse ou le sang est envoyer par un petit tuyau vers le rein artificiel retourne au corps après sa purification.

Absence de créativité (K=0) et la présence d'une réponse Kan =1 montre la tendance infantile et une éventuelle immaturité chez la patiente avec absence de capacité de projection de conflit, d'amour et de haine, le TRI est extratensif

(0K/ 5.5C) ce qui explique que l'affectivité est tournée vers l'extérieur et favorise l'adaptation sociale avec une émotivité et une instabilité (Rausch de Traubenberg et al., 1990).

L'absence de réponses Humaines (H=0) même a la planche III après l'enquête au limite ou la patiente exclue toute présence de la forme humaine, d'un autre coté le taux élevé des contenus Animal (A=) évoque la difficulté de la patiente à s'identifier à une image humaine, à investir la relation à autrui sur un mode mature et un repli dans un univers infantile.

L'analyse de l'élaboration psychique chez cette patiente nous à permis de constater ses difficultés d'élaboration de l'angoisse, de la dépression, du conflit intrapsychique et interpersonnel.

8. Résultats du protocole de TAT:

Nous présenterons la production recueillie par la passation et la cotation du TAT dans le tableau suivant :

Table N°2. Pourcentages des procédés du TAT

A	B	C	E
28.57	05.16	62.70	03.57

le protocole est marqué par l'inhibition(Shentoub, 1990), les procédés de la série C apparaissent avec un pourcentage plus élevé (C=62.70%) que celui des procédés de la série A (28.57 %), B (5.16%) et E (3.57%).

Les mécanismes d'évitement de conflits sont marqués par la presence des aménagements phobiques (CP= 75.32%) c'est des CP1 et CP3, et les procédés factuel (CF=15.82%) se sont des CF1 la plus part du temps, par contre les procédés

A2 (95.83%) on trouve beaucoup plus des A2.3, A2.8 et A2.4, les procédés B2 (53.85%) nous trouvons des B2.8 et B2.12.

L'analyse de l'élaboration psychique chez cette patiente révèle sa difficulté à élaborer l'angoisse, la dépression et le conflit intrapsychique ou interpersonnel.

9. Conclusion:

Pour conclure ce travail je dirai que les représentations mentales du patient avant et après greffe semblent évoluer d'un corps amputé à un corps hybride qui, en fonction du travail de perlaboration, favorisent l'appropriation complète du greffon et recomposent, dans l'après-coup, une homéostasie corporelle stable.

Cela veut dire que greffe psychique, contrairement à la greffe anatomique, nécessite un complexe travail psychique, passant tout d'abord par « des mécanismes d'incorporation ou l'objet est imposé sans élaboration au moi. Après, progressivement et au mieux, peut intervenir et fonctionner le mécanisme d'introjection ou le moi prime et admet l'objet pour le faire sien consciemment » (Burner. M, 1994)(Burner, 1994). Donc le patient doit s'approprier le nouvel organe et cela nécessite à la fois « une intégration à soi et une renonciation à l'autre, le receveur doit assimiler l'organe, tout en laissant dehors les caractéristiques du donneur » (Crombez, J.C., Lefebvre, 1973, P95). (Crombez & Lefebvre, 1973) Ainsi le patient intériorise progressivement l'organe étranger à son corps comme sien sur le plan somatique et mentale

Si le patient à des difficultés psychologiques qui peuvent entraver ce travail d'élaboration le rejet de greffon est très possible, d'ailleurs (Consoli. SM, 1993) (Consoli, 1993) a pu, quant

a lui, mettre en évidence des variables prédictives de la mortalité au cours des 2 premières années après transplantation cardiaque, l'auteur a démontré que le degré d'urgence de l'indication de greffe, la qualité de l'élan vital, la stabilité des relations objectales et la répression d'anxiété de mort constituent indépendamment les uns des autres des facteurs prédictifs de la survie après greffe.

D'après l'analyse que nous avons présentée jusque là, nous pouvons dire que notre patiente présente des difficultés quand à l'élaboration psychique de l'anxiété, la dépression et le

Conflit, ce qui implique les difficultés de l'élaboration psychique de sa maladie ou de la greffe, cela ne facilitera pas l'intériorisation de griffon en cas de greffe anatomique, elle doit passer par un accompagnement psychologique qui lui permettra de résoudre ses problématiques personnelles.

Liste Bibliographique: (APA)

1. Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Dunod.
<https://books.google.dz/books?id=r0u7MAEACAAJ>
2. Burner, M. (1994). La greffe d'organe. Fantôme du receveur, fantômes du donneur. *Psychologie médicale*, 26(2), 120-121.
3. Consoli, M. (1993). De l'insuffisance coronarienne à la greffe cardiaque : Le pronostic du psychosomaticien. *RMLG. Revue médicale de Liège*, 48(1), 5-19.
4. Corcos, M., & Speranza, M. (2003). *Psychopathologie de l'alexithymie*. Paris: Dunod.
5. Crombez, J.-C., & Lefebvre, P. (1973). La fantasmagorie des greffés rénaux. *Revue française de psychanalyse*, 37(1-2), 95-107.
6. Freud, S. (1905). 1977) " Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora)", trad. Bonaparte M. & L wenstein, R. *Cinq psychanalyses*.
7. Freud, Sigmund. (1919). L'inquiétante étrangeté. Essais de psychanalyse appliquée. Paris: Folio.
8. Haddad. N. (2012, Décembre). élaboration et application d'un formulaire de consentement dans une recherche en psychologie:cadre conceptuel et constats préliminaires. *Revue psychological & educational studies, Laboratory of Psycho-Educational Practices* (09), pp. 02-14.

9. Haddad. N. (2015). Niveaux d'organisation et de désorganisation somat-psychique chez l'adulte hémodialysé. *Thèse de Doctorat en Psychologie Clinique*, Université Alger2, . Algérie.
10. Laplanche, J., Pontalis, J. B., & Lagache, D. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses universitaires de France.
<https://books.google.dz/books?id=afNHJQAACAAJ>
11. M'Uzan, M. de, & Marty, P. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 345-355.
12. Petitclerc, T., Diab, R., Le Roy, F., Mercadal, L., & Hmida, J. (2011). Hémodialyse sans acétate : Qu'est-ce vraiment? *Néphrologie & thérapeutique*, 7(2), 92-98.
13. Pheulpin, M.-C. (2014). L'économie psychosomatique, une notion chère à Rosine Debray. *Psychologie clinique et projective*, 20(1), 167-180. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/pcp.020.0167>
14. Rausch de Traubenberg, N., Bloch-Laine, F., Boizou, M.-F., & Duplant, N. (1990). Modalités d'analyse de la dynamique affective au Rorschach. Grille d'analyse de la dynamique affective. *Revue de psychologie appliquée*. Vol 40. N° 2. PP245-258
15. Shentoub, V. (1990). *Manuel d'utilisation du TAT:(approche psychanalytique)*. Dunod.
16. Si moussi, A. & Benkhelifa M. (2004). Production et banalités au Rorschach en Algérie. *Psychologie clinique et projective*, 10(1), 339-357. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/pcp.010.0339>
17. Triffaux, J.-M., & Bertrand, J. (2002). Troubles psychiques liés aux greffes d'organes. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. 37-670-A-60, 10p.
18. Villani, M., Flahault, C., Montel, S., Sultan, S., & Bungener, C. (2013). Proximité des représentations de la maladie chez le malade et ses proches : Revue de littérature et illustration clinique. *Bulletin de psychologie*,

Numéro 528(6), 477-487. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/bupsy.528.0477>