

Le fonctionnement mental des malades polyarthritiques -Illustration à partir d'un cas clinique-

Mental functioning of polyarthritic patients -Illustration from a clinical case-

MAAFRI Saida^{1,*}, SAHRAOUI Antissar²

¹ Doctorante en psychologie clinique

Université Abderrahmane Mira de Bejaïa (Algérie)

² Professeure en Psychologie clinique

Université Abderrahmane Mira de Bejaïa (Algérie)

Réception : 19/12/2023

Acceptation : 13/01/2024

Publication : 17/01/2024

Résumé : Dans cette contribution, nous visons à cerner le fonctionnement mental d'une patiente atteinte de polyarthrite rhumatoïde à partir des données de l'entretien et de l'analyse de sa production aux tests projectifs Rorschach, TAT, en visant à faire ressortir les indices de capacités ou de failles de sa mentalisation, la nature de l'apport de son environnement et l'influence de ces derniers sur l'évolution de sa maladie, tout en se référant au niveau de sa tenue du corps. Cette étude se base sur la méthode clinique en utilisant l'étude de cas d'une patiente polyarthritique, et se réfère à la théorie psychosomatique Martinienne. Nous avons pu qualifier le sujet par une mentalisation incertaine, présentant une tenue du corps relativement liée aux fluctuations de son fonctionnement mental et en rapport avec l'apport de son environnement étant généralement favorable.

Mots-clés : Polyarthrite rhumatoïde, Qualité de mentalisation, La tenue du corps, L'apport de l'environnement, Rorschach et TAT.

Abstract: In this contribution, we aim to understand the mental functioning of a patient suffering from rheumatoid arthritis based on data's interview and analysis of her production of the Rorschach projective tests, TAT, aiming to highlight the capacity indices or flaws in his mentalization, the nature of the contribution of his environment and the influence of these on the evolution of his illness, while referring to the level of his body posture.

This study is based on the clinical method using the study case of a polyarthritic patient, and refers to Martinian psychosomatic theory. We were able to qualify the subject by an uncertain mentalization, presenting a body behavior relatively linked to the fluctuations of his mental functioning and in relation to the contribution of his environment being generally favourable.

Keywords: Rheumatoid arthritis, Quality of mentalization, Body posture, Environmental contribution, Rorschach and TAT.

* Auteur correspondant : saida.maafri@univ-bejaia.dz.

1. Introduction

Vivre en bonne santé est l'une des principales préoccupations des êtres humains, la santé est un état de bien-être physique, mental et social. L'état de santé varie d'un individu à l'autre, chacun doit constamment réagir efficacement aux agressions dont son organisme est victime. Toutefois, tout individu peut être atteint d'une maladie évolutive ou réversible. Dans ce contexte, R. Debray a souligné que « l'individu n'est pas toujours en équilibre, il est en état d'alternance entre la santé et la maladie, cette dernière se définit par des atteintes somatiques réversibles ou irréversibles qui sont plus fréquentes chez les nourrissons et les personnes âgées» (Debray, 1998, p.19-37).

Dans certains cas, comme dans le domaine de l'immunologie et de la neurophysiologie, les progrès scientifiques montrent que les relations entre le corps et l'environnement physique, psychologique sont importantes et que le système nerveux central est en interaction permanente avec le système immunitaire, ce qui fait que les maladies auto-immunes apparaissent.

Les maladies auto-immunes regroupent des pathologies variées qui toutes résultent d'un dysfonctionnement du système immunitaire, et se caractérisent par une auto-agressivité du système immunitaire vis-à-vis des propres constituants du corps, dans ce cas le système immunitaire du malade atteint d'une maladie auto-immune reconnaît des constituants propres à l'individu comme potentiellement dangereux et déclenche alors ses systèmes effecteurs contre ces derniers.

Parmi les maladies auto-immunes, nous citons la polyarthrite rhumatoïde (PR) qui est aussi liée à un dérèglement du système immunitaire qui se met à attaquer l'organisme qu'il doit normalement protéger. Elle constitue le troisième groupe de maladies auto-immunes, en termes de morbidité et de mortalité après les cancers et les maladies cardiovasculaires. Cette maladie reste de causes inconnues, elle est évolutive, dégénérative et grave. Chez ces malades la tenue du corps - les différents états du corps et son évolution - se caractérise par des poussées inflammatoires liées à une inflammation de la membrane synoviale, ce phénomène inflammatoire s'accompagne dans la PR d'une destruction du cartilage, de l'os et des tendons, provoquant ainsi progressivement des déformations symétriques des articulations touchées tels que ; les mains, poignets, genoux, hanches, orteils, ...et s'accompagnant parfois par l'affection d'autres organes (poumons, cœur, reins, foie, yeux ...), provoquant ainsi une désorganisation progressive touchant plusieurs organes. En conséquence, des difficultés quotidiennes sont vécues par ces malades : gonflement, raideur matinale, déformation et douleurs chroniques souvent violentes, parfois cette gêne fonctionnelle est si importante dont elle peut mener au handicap.

Dans ces conditions, même si le malade ne meurt pas de cette maladie, celle-ci réduit son espérance de vie et altère considérablement sa qualité de vie, comme le soulignait S.Dadoun « La PR peut mener à une destruction articulaire, à l'origine d'une altération de la qualité de vie, d'un handicap et d'une réduction de l'espérance de vie, en moyenne estimée à 10 ans ». (Dadoun et al, 2013, p. 43). Du coup, la qualité de vie du malade est détériorée par le fait que de simples gestes à effectuer quotidiennement seront très pénibles à réaliser : se laver les cheveux, ouvrir une bouteille, taper sur un clavier d'ordinateur, boutonner sa chemise, tourner la poignée d'une porte ou prendre un stylo devient un véritable supplice et, également, l'incapacité de poursuivre sa vie professionnelle.

Selon les études de prévalence, il ne s'agit pas d'une maladie réservée aux personnes âgées, elle touche tous les âges. La polyarthrite atteint surtout les femmes, généralement entre 25 et 60 ans, parfois même les femmes plus jeunes, les enfants eux-mêmes et les adolescents ne sont pas à l'abri. Toutefois elle affecte aussi les hommes. Cependant, ces études démontrent que cette maladie est trois fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme sans que les chercheurs ne puissent fournir d'explications à cela.

En Algérie, selon la déclaration du chef de service de rhumatologie à l'hôpital de Ben Aknoun et président de la ligue algérienne antirhumatismale, Ladjouz Rezig lors du douzième colloque national sur les rhumatismes, le 12 mai 2012, trois millions de personnes sont atteintes de polyarthrites.

D'énormes progrès thérapeutiques ont été réalisés pour lutter contre cette maladie, douloureuse - parfois invalidante - et coûteuse. À ce jour, aucun traitement ne permet d'entraîner une rémission prolongée de ces douleurs chroniques et de l'inaptitude fonctionnelle croissante. Par conséquent, le traitement idéal espéré ultérieurement visera à apaiser la douleur, à contrôler l'inflammation articulaire, à éviter les déformations articulaires, à maintenir l'autonomie fonctionnelle et à préserver l'insertion socioprofessionnelle.

Toutefois, nous voulions comprendre la catégorie de patients atteints de cette affection chronique, en consultant la revue de la littérature traitant cette thématique, nous avons trouvé des recherches réalisées et traitées par différentes références théoriques, dont on souligne une différence remarquable dans leurs approches en abordant ce thème. Nous allons présenter brièvement les plus répandues.

✓ **Approche médicale :** Au cours de laquelle les médecins spécialistes en rhumatologie ont classé tous les patients poly-arthritiques dans une catégorie de souffrants d'une maladie chronique, grave dite auto-immune, ils se sont focalisés surtout sur un traitement de fond sans lequel le malade rentre en invalidité et développe un handicap.

En outre, l'incidence de la polyarthrite et son augmentation ces dernières années a incité à

rechercher l'existence de facteurs environnementaux potentiellement responsables.

Parmi ces facteurs de risques on retrouve le tabagisme (E. Myasoedova,2010), l'alimentation et le surpoids (DP. Symmons, 1997). La plupart des facteurs reconnus par la médecine classique dans la survenue d'une PR sont certainement fiables, mais ils laissent très peu de place aux facteurs psychologiques.

Il convient de noter que cette théorie reste insuffisante du moment qu'elle ne se focalise que sur l'aspect organique, comme le souligne D.Morris « La conception dominante de ce courant de santé semble donc essentiellement centrée sur le bien-être physique, peu attentive aux facteurs psychologiques et à la dimension de la santé mentale » (Morris et al, 1998, p. 18).

✓ **Approche psychologique :** Malgré le nombre important des professionnels (psychiatres, psychologues, rhumatologues...) qui reconnaissent l'influence de cette pathologie, tant sur l'aspect organique (articulations, os, cœur, yeux, poumons, reins, foie...) que sur l'aspect psychologique et social, dont ils constatent fréquemment une qualité de vie complètement détériorée, altérée chez le sujet atteint. Nous avons souligné en consultant la revue de littérature, la rareté et le manque de publications traitant le côté psychologique des maladies auto-immunes notamment la polyarthrite rhumatoïde.

Les facteurs psychiques donc, en lien avec la survenue d'une PR sont, sans doute, les moins bien connus. Dans ce vaste champ de recherche, notre but est de tenter de saisir l'articulation de certains processus complexes, multifactoriel, non linéaires, de l'influence entre appareil psychique et appareil somatique, dans l'évolution d'une PR chez un patient donné, d'une part et d'une autre part de l'influence de l'atteinte organique sur l'état psychique du patient. Ceci pourrait aider les praticiens à une meilleure compréhension du phénomène et à une prise en charge spécifique et efficace des patients, sur le plan organique et psychologique, comme le soulignait R. Debray dans son ouvrage intitulé "Épître à ceux qui somatisent" « L'enjeu permet non seulement de comprendre les somatisations, mais en outre d'en tirer une conduite thérapeutique en soutenant le travail psychique des sujets malades : lorsqu'une somatisation survient, il faut favoriser les mouvements de réorganisation en relançant et en soutenant le travail psychique » (Debray, 2001,p. 22).

Cette approche englobe plusieurs théories qui se sont intéressées globalement au côté psychologique, par contre d'autres se sont intéressées au côté psychique et organique, dont nous citons ci-dessous les plus connues.

-La théorie psychanalytique

Dans ses travaux sur l'hystérie de conversion (1895), S. Freud montre que les manifestations de la conversion hystérique ont une signification inconsciente et résulteraient d'une transposition de conflits psychiques inconciliables et donc, refoulés dans le corps. C'est ce qu'il désigne par « le saut mystérieux du psychisme au soma ».

La première théorie pulsionnelle, fondée sur l'opposition entre les pulsions sexuelles et les pulsions d'autoconservation, a donné accès à la compréhension des symptômes de la conversion hystérique et aux symptômes actuels ou fonctionnels ainsi qu'à leur distinction. La seconde théorie pulsionnelle, fondée sur l'opposition entre les pulsions érotiques et les pulsions de destruction, permet ultérieurement de manière pertinente l'accès aux maladies organiques, c'est-à-dire aux somatisations en tant que telles. Dans ce contexte, rappelons d'abord que pour S. Freud « les pulsions ne régissent pas seulement la vie psychique mais aussi la vie végétative » (Freud, 1905, p. 110). Dans ce cadre conceptuel d'après 1920, deux notions en particulier peuvent aider les médecins psychanalystes dans leurs travaux de pensée concernant la compréhension du fait somatique : la notion de désintrinsication pulsionnelle et celle d'autodestruction. En effet, la désintrinsication pulsionnelle peut se concevoir comme un avatar temporaire ou durable du mélange des pulsions qui représentent la règle dans la vie psychique et dans la vie tout court. Quant à la notion de l'autodestruction, S. Freud souligne qu'au cours d'un état de désintrinsication pulsionnelle durable, sans possibilité clé de ré-intrinsication, une des conséquences qu'encourt le sujet est que ses fonctions somatiques subissent des altérations profondes donnant naissance à des maladies organiques. S. Freud a par ailleurs souligné au cours de plusieurs observations certaines relations paradoxales et énigmatiques entre des états pathologiques du corps et des états psychopathologiques. Cependant, C. Smadja souligne que l'existence d'une aspiration à l'autodestruction au cœur même du fonctionnement psychique a été postulée par S. Freud suite à l'observation de la réaction thérapeutique négative comme obstacle majeur au travail psychanalytique. (Denise Bouchet-Kervella, 2007). Schématiquement, ses deux grandes théories des pulsions ont offert par la suite des cadres théoriques qui permettent d'aborder l'étude de l'ensemble des symptômes somatiques.

Cette perspective demeure insuffisante du fait qu'elle ne prend en considération que le côté psychique, par contre, il reste à souligner qu'à partir de cette approche est née une théorie unissant côté psychique et côté somatique à savoir la psychosomatique, que nous allons aborder ultérieurement, ci-dessous.

-La théorie comportementale et cognitive

Nous allons nous focaliser succinctement sur quelques études réalisées sur les malades atteints par la polyarthrite rhumatoïde, en se référant à la théorie cognitivo-comportementale.

À cet effet, nous présenterons trois études effectuées sur des malades atteints de la polyarthrite ; la première sur les troubles dépressifs, anxieux, la seconde sur le phénomène de l'asthénie accompagnant souvent les malades polyarthritiques ainsi que leurs qualités de vie, enfin, la troisième aborde la santé mentale chez un polyarthritique.

La première étude a été effectuée par la société française de rhumatologie en 2010, sur le risque de dépression et d'anxiété au cours de la polyarthrite rhumatoïde débutante - résultat de la cohorte ESPOIR- réalisée par L. Bacconnier, N. Rincheval, R. Flipo, P. Goupille, J. Daures, B. Combe, dans le but de déterminer les facteurs prédictifs de souffrance psychologique au sein d'une population de polyarthrite rhumatoïde débutante. À cet effet, l'étude a concerné 641 patients (78,8 %) avec une durée d'évolution moyenne de la maladie de 7,1 mois. Toutefois, l'évaluation psychologique s'est faite de l'inclusion à 36 mois sur le questionnaire MENTAL HEALTH INVENTORY-5 (sous composant du questionnaire de qualité de vie SF36). Concernant les résultats, les réalisateurs de cette recherche notent une prévalence de troubles psychologiques de 46,88 % à l'inclusion. Il existe un effet temps sur le score psychologique au cours des 36 mois avec une diminution de la fréquence des troubles (25,79% à 36 mois) (Bacconnier et al, 2015).

En conclusion, le risque de troubles psychologiques (anxiété et dépression) au cours de la polyarthrite débutante est fréquent et est associé à un mauvais score fonctionnel.

Ainsi, nous soulignons le manque de consistance des résultats du moment que cette étude s'est focalisée sur l'apparition de l'anxiété et de dépression qu'au début de la polyarthrite alors que ces états sont vécus par le patient tout au long de sa vie du fait que cette maladie est chronique, de même ces troubles psychologiques ne cesseront pas de compliquer sa vie.

La deuxième étude a été réalisée par l'association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde (ANDAR), CHU Rennes, CHU Nantes, CHU Montpellier, en 2010 sur la fatigue, qualité de vie et sévérité de la maladie chez des patients polyarthritiques en France, dont l'objectif est d'évaluer le niveau de fatigue à différents stades de la polyarthrite rhumatoïde et les corrélations avec d'autres symptômes et d'évaluer l'impact de la fatigue sur la qualité de vie des patients.

Les méthodes utilisées dans cette recherche sont multiples : une enquête rétrospective par courrier auprès des membres de l'association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde. Un questionnaire spécifique et pré-enquête comprenant des outils validés contenant des données sociodémographiques et médicales ; la capacité fonctionnelle (HAQ) et utilité (QDV, EQ-5D) ; la fatigue (échelle visuelle analogique, EVA, et échelle de

Pichot) ; l'état psychologique (EVA « moral ») ; l'impact de la polyarthrite sur la sexualité. Les résultats indiquent que la fatigue était présente chez la très grande majorité des patients polyarthritiques (90%). Par contre, cette étude n'a pas précisé la sévérité de la fatigue (coté pathologique) sur la population.

De même, les résultats d'une étude effectuée en 2018 intitulée « Arthrite et santé mentale », publiée dans NATURE COMMUNICATION ont fait le lien entre l'inflammation associée à la PR et la façon dont les messages concernant l'inflammation ressentie par le patient sont relayés entre son cerveau et son système nerveux central (Scherpef et al, 2018). Les chercheurs sont d'avis que ces modifications au cerveau sont les raisons derrière la fatigue, la douleur et l'incapacité de penser clairement. Avoir le cerveau embrouillé est également un autre symptôme d'arthrite inflammatoire. Avoir le cerveau embrouillé peut entraîner des épisodes de confusion mentale, de désorientation et de frustration. Incapable d'avoir les idées claires, les patients ont de la difficulté à se concentrer et ont des problèmes de mémoire.

De notre part, nous avons réalisé une recherche dans le cadre de la préparation du Master¹ en 2012, en lien avec l'étude de la qualité de vie sur 8 cas atteints de polyarthrite rhumatoïde, via l'utilisation de l'échelle de l'EMIR, échelle mesurant la qualité de vie chez les polyarthritiques d'Il était ressorti de cette étude, une forte altération de la qualité de vie chez tous les cas, témoignant d'une problématique autour d'une dépendance ainsi qu'un fort niveau d'anxiété chez ces sujets.

En effet, cette approche reste insuffisante car elle se limite à l'étude des processus cognitifs et comportementaux de l'individu, elle est orientée essentiellement sur l'évaluation des symptômes.

-La théorie psychosomatique

En commençant par l'énonciation de R. Debray « Nous sommes tous des êtres psychosomatiques » (Debray, 2001, p. 189). Cette assertion renvoie à l'orientation que va prendre notre développement en s'appuyant sur la théorie psychosomatique. En effet, il ne va pas s'agir pour nous ici de tenter de démêler le primat du psychique sur le somatique ou le primat du somatique sur le psychique, mais bien de nous inscrire dans la démarche de P. Marty sur le principe du monisme qui reconnaît l'intrication étroite des deux dimensions jusqu'à les caractériser d'indissociables et d'appréhender le sujet dans sa totalité psychique, biologique, historique et sociale, dans les rapports qu'il entretient avec lui-même et avec les autres. En certitude, la psychosomatique «part de l'homme

La thématique de recherche en master est : « Mesure de la qualité de vie chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, à travers l'échelle de l'EMIR ».

malade et de son fonctionnement psychique pour comprendre les conditions dans lesquelles a pu se développer une maladie somatique » (Smadja, 2003, p. 7).

Nous nous appuyerons pour cela essentiellement sur les travaux de l'École de Paris en Psychosomatique fondée en 1962 par l'équipe de psychanalystes réunissant P. Marty, M. Fain, M.M' Uzan, et C. David , cette équipe a largement ouvert la réflexion sur le fonctionnement psychosomatique en se dégageant de l'approche médicale qui se focalise sur la maladie en faisant abstraction du vécu du malade.

En réalité, S. Freud a élaboré des outils conceptuels dont se sont servis diversement ses successeurs psychosomaticiens pour penser le fait somatique à partir des névroses actuelles. Cette constatation est affirmée par P.Marty en disant que la psychosomatique est fille de la psychanalyse. Pareillement, C. Smadja a souligné que la psychosomatique « renoue (alors) avec le sens original et foncier de l'approche psychanalytique » (Smadja, 2001, p.151). Dans notre recherche, cet apport est essentiel dans notre appréhension des malades polyarthrites car à travers la relation instaurée avec le sujet que se découvre sa subjectivité, son fonctionnement, dans tout ce qu'il nous adresse.

Dès lors, la psychosomatique s'inscrit dans un mouvement qui trouve son origine dans la psychanalyse où la théorie de S. Freud a posé les premiers jalons de la question de la relation du corps et de l'esprit et montré que les symptômes psychiques peuvent se manifester au niveau du corps. Ainsi, à partir de la psychanalyse, P. Marty a pu élaborer toute une discipline en psychosomatique, en disant : « Distincte de la médecine, distincte aussi de la psychanalyse dont elle procède et dont elle élargit le champ d'intérêt, la psychosomatique constitue aujourd'hui une discipline en soi » (Marty, 1990, p.7).

De ce point de vue, P. Marty élabore une nouvelle nosographie complétant la classification analytique classique (névroses, psychoses) la décrivant comme des névroses mentales, toutes caractérisées par l'irrégularité du fonctionnement et comprend les névroses bien mentalisées, les névroses à mentalisation incertaine ainsi que les névroses mal mentalisées et les névroses de comportement décrites comme les plus vulnérables à la somatisation. En outre, la théorie psychosomatique de P. Marty a pu mettre en évidence le rôle de l'activité mentale dans l'écoulement des excitations, dont il a adopté le concept de la mentalisation qui caractérise le travail de l'appareil mental qui est différent d'un sujet à l'autre et chez le même sujet selon les périodes de sa vie. Cependant, P. Marty, de M. M'Uzan et C. David ont couronné leurs travaux par la publication du livre " L'investigation psychosomatique " (1963), où ils présentent la retranscription intégrale de 7 cas de leurs consultations en psychosomatique accompagnées des commentaires sur chaque cas. Ils situent surtout le fonctionnement mental des sujets au regard de leurs activités de symbolisations, de représentations, de croyances, des émotions, d'affects...etc, afin d'apprécier la gravité du

problème somatique et son pronostic. En conséquence, P. Marty, insiste sur le fait que quelle que soit l'atteinte organique, il est strictement impossible de la comprendre et de la traiter si on ne se réfère pas à l'économie psychosomatique générale du sujet, en particulier à la qualité de la mentalisation. À cet effet, nous pouvons résumer ce concept dans ce qui suit :

La gestion des excitations - qu'elles soient internes ou externes - est différente d'une personne à l'autre. La personne qui traite l'excitation par le biais de son appareil psychique en la transformant en énergie psychique qui à son tour produit une symptomatologie mentale et/ou caractérielle. Ce travail psychique apparaît chez des personnes dotées de mécanismes labiles et rigoureux ainsi que d'une richesse fantasmatique. Par contre, les personnes dépourvues de rigueur défensive et de richesse fantasmatique, qui ne peuvent élaborer les excitations au niveau psychique, sont contraintes à ce moment-là d'utiliser d'autres mécanismes comme le caractère et le comportement. Si cela n'est pas possible, il en résulte un processus de somatisation soit par régression soit par désorganisation somatique. Cette désorganisation emprunte un chemin inverse du principe évolutif progrédient, elle touche d'abord les fonctions les plus évoluées (comme les fonctions mentales) puis elle s'élargit pour atteindre les fonctions les moins évoluées (somatisations). Le symptôme organique, quel que soit le degré de sa gravité, doit être pris dans la dynamique évolutionniste et historique avec la continuité de l'existence du sujet, en intégrant ce symptôme dans son économie psychosomatique.

Dans ce contexte, concernant les maladies auto-immunes d'un point de vue psychosomatique, C. Smadja révèle que : « Le point important, le point nodal de cette pathologie de l'immunité repose donc sur la compréhension des mécanismes intimes responsables de la rupture de l'auto-tolérance à un moment donné dans la vie d'un individu et qui le fait brutalement basculer de la santé vers la maladie. Cette notion de rupture peut être considérée comme une croisée des chemins entre la logique biologique et la logique mentale. Il est d'ailleurs très significatif que sur ce point les médecins et les biologistes n'ont pas ou peu d'hypothèses à formuler quant à sa compréhension » (Smadja, 2003, p. 12).

En outre, actuellement toutes les recherches en psychosomatiques insistent sur l'apport de l'environnement qu'il soit favorable ou défavorable. En réalité, selon les études déjà réalisées, l'apport de l'environnement favorable joue le rôle de pare-excitations, parfois jusqu'à substituer et remplacer l'appareil psychique défaillant des personnes fragiles. Donc, pour maintenir une homéostasie générale de ces personnes vulnérables, il est important de leur procurer un cadre de vie approprié. C'est ainsi que les études réalisées par (Dressler et Bindon, 2000; Nyamathi, Leak, Keenan et Gelberg, 2000; Seenan, 2001) ont montré que quelqu'un peut percevoir une situation comme stressante et ne pas avoir de réactions d'anxiété et de détresse, s'il bénéficie d'un soutien social. A l'inverse, un faible soutien social dans un

milieu défavorable, semble constituer un facteur de vulnérabilité face à un événement stressant. Toutefois, l'importance et la spécificité de l'apport de l'environnement ne résident pas dans la somme des relations, mais plutôt dans la qualité des supports affectifs qu'elles représentent pour un malade, comme le soulignait C. Herzlich « Un environnement favorable semble renforcer les défenses immunitaires et peut avoir un rôle curatif important. Les maladies sont à la fois la résultante de facteurs génétiques et de la capacité de l'individu à faire face à l'environnement, y compris aux divers aspects de la vie en société. La santé est de plus en plus vue comme un mode de relation de l'homme avec son milieu où interviennent facteurs humains, conditions écologiques et structures sociales » (Herzlich, 1969, p. 48). A cet effet, malgré l'ampleur des douleurs physiques, des répercussions psychologiques ainsi que des problèmes socioéconomiques causés par la PR, certains malades restent bien insérés dans la société grâce à l'apport de l'environnement favorable caractérisé par le soutien familial de leur entourage.

En conséquence, et sur la base de ces multiples théories, nous avons impérativement adopté la théorie psychosomatique comme étant un cadre référentiel à notre recherche, puisqu'elle traite notre sujet en abordant l'individu dans sa complexité et sa globalité.

Aussi, le choix de ce sujet de recherche est dû d'un côté à la gravité de la polyarthrite rhumatoïde qui est le rhumatisme le plus grave, le plus sévère et le plus fréquent, qui pose un problème de santé publique avec la rareté des études effectuées dans ce domaine. Et d'un autre côté, il est dû à l'importance de l'influence de la qualité de la mentalisation (bonne, mauvaise ou incertaine) et la nature de l'apport de l'environnement sur la tenue du corps. De ce fait, les objectifs de cette recherche sont de cerner le fonctionnement mental de la patiente consultée, -étant atteinte de la polyarthrite rhumatoïde-, à partir de l'analyse de sa production au Rorschach et au TAT, en visant à faire ressortir les indices de capacités ou de failles de sa mentalisation, la nature de l'apport de son environnement et l'influence de ces derniers sur l'évolution de la maladie (évolutivité ou réversibilité), tout en se référant au niveau de sa tenue du corps.

2. Méthodologie

Nous avons utilisé la méthode clinique qui se base sur l'étude de cas, qui consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus.

L'étude de cas est une approche méthodologique qui vise systématiquement la collecte suffisante d'informations sur une personne, un événement ou un système social (groupe d'individus ou organisation) afin de permettre au chercheur de comprendre comment celui-ci fonctionne ou se comporte en situation réelle (Andy Berg, 2000). Les études de cas rigoureuses permettent aux chercheurs d'explorer ou de décrire un phénomène dans son contexte en utilisant diverses sources de données.

De ce fait l'étude de cas n'est pas une technique de collecte de données en soi, mais une approche méthodologique qui s'accommode d'un certain nombre de dispositifs de collecte de données. Quelles que soient la ou les techniques de recueil employées, les informations collectées sont en général riches et détaillées. (Barlatier, 2019, P.111).

Par cette méthode, nous allons tenter de décrire le plus précisément possible l'état de santé physique actuel et antérieur de madame Radia, de cerner la qualité de sa mentalisation en tenant compte des répercussions de celle-ci sur l'évolutivité / la réversibilité de la polyarthrite rhumatoïde. Pour ce faire, nous allons utiliser trois techniques que nous allons présenter succinctement comme suit :

2.1 L'entretien clinique

L'entretien clinique, ici, à visée de recherche, nous a semblé un outil incontournable pour approcher sur le versant psychosomatique, la pathologie de polyarthrite rhumatoïde. Il nous faut ici rappeler que l'entretien clinique de recherche «ne se distingue pas des entretiens d'évaluation et thérapeutiques au niveau de la conduite de l'entretien, des aspects techniques et de l'attitude clinique à adopter » (Bénony, Chahraoui, 1999, p.65).

En effet, la structuration de l'entretien est réduite au minimum : l'enquêteur s'efface pour être à l'écoute de l'autre. Toutefois, une différence notable est à signaler entre cet entretien clinique de recherche et ceux à viser diagnostique et thérapeutique : c'est l'enquêteur, le chercheur « le psy » qui est ici demandeur. (Bénony, Chahraoui, 1999, p.65).

La technique d'entretien utilisée dans notre étude se voulait non directive d'emblée. Cependant étant dans un dispositif de recherche, nous avons un guide d'entretien élaboré préalablement, avec des questions ayant des axes autour de thème qui n'auraient pas été abordés spontanément. Nous nous sommes appuyés, pour cela, sur la conception de Marty, à savoir que, chez les malades somatiques, « ce qui frappe cliniquement, entre autres éléments, c'est une sorte de pauvreté du dialogue qui a souvent besoin d'être ranimé [...], une inertie qui menace presque à tout moment la poursuite de l'investigation » (Marty et al , 1963, p.10) ; d'où l'avantage d'avoir un guide d'entretien de façon à pouvoir relancer le mouvement verbal.

2.2 Le test de Rorschach

Le test de Rorschach présente au sujet non seulement un matériel non verbal mais un matériel apparemment dépourvu de significations préalable : taches d'encre, la consigne requiert du sujet de mettre un terme à l'insignifiance du matériel en adoptant une attitude « sémantique » : il doit formuler des significations (Anzieu, 1960, p. 61).

Ce test permet l'exploration de la personnalité chez toutes les catégories (enfants, adolescent, adulte). Lors de la consultation le clinicien donne au sujet la consigne suivante : « Je vais vous montrer dix planches vous me direz tout ce à quoi elles vous font penser, ce

que vous pouvez imaginer à partir de ces planches.» (Chabert, 1983, p. 29). « Le patient est invité à parler librement sauf que ses réponses doivent être associées au matériel du test, ce qui constitue une première contrainte dans la prise en compte de la réalité externe » (Chabert, 1983, p.29).

De ce fait le Rorschach permet de repérer la manière dans laquelle le sujet appréhende la réalité extérieure, et la nature de cet accrochement à la réalité s'agit-il d'un accrochage normal ou pathologique ainsi sa relation avec la vie fantasmatique interne, en se basant sur le principe de plaisir et le principe de réalité, entre le désir et la défense, et leur compatibilité. Nous analysons les représentations, la qualité des relations, ainsi que la vie pulsionnelle à partir des réponses kinesthésiques (agressives - libidinales), les investissements et la variation des objets externes.

Le test de Rorschach montre donc, les capacités d'intériorisation et de mentalisation, en témoignant de l'existence d'un espace psychique propre, d'une intériorité effective qui signent l'appartenance du sujet à un registre de fonctionnement richement mentalisé, ce qui ne préjuge pas de son caractère normal ou pathologique (Anzieu, 1960, p. 66).

2.3 Le test du TAT

La démarche du TAT doit être envisagée comme une situation où d'emblée une relation s'établit entre trois termes : le sujet, le test et le clinicien. Les données recueillies devront tenir compte de la spécificité de chacun de ces trois paramètres et de leur interaction.

Ce test peut être proposé dans toute situation impliquant ou nécessitant un examen psychologique se donnant pour objectif l'investigation approfondie du fonctionnement psychique d'un individu. En général le sujet se trouve dans une situation de demande ou de souffrance lorsqu'il présente notamment des troubles d'ordre psychopathologique : la réponse à apporter nécessite une réflexion effective permettant de proposer l'orientation la mieux appropriée pour traiter ses difficultés. Cette réflexion se fonde sur un travail d'exploration sérieux des modalités de fonctionnement psychique dont dispose le sujet. La situation TAT est déterminée par les paramètres habituels de toute situation de test projectif ou les trois termes : sujet, test et clinicien, sont en interaction tout au long du déroulement de l'épreuve. (Foulard et Chabert, 2003, p.32-34).

La passation ne comporte qu'une seule séance. La consigne « Imaginez une histoire à partir de la planche » est donnée au départ et n'est pas répétée. À l'exception de la planche 16 où on reformule la consigne qui est complètement différente de la première: « Jusqu'à présent, je vous ai montré des images qui représentaient des personnages ou des paysages, maintenant je vous propose cette planche qui est la dernière: vous pourrez me raconter l'histoire que vous voudrez» (Shentoub et coll, 1990, p. 62).

Ce test est composé d'un ensemble d'images permettant au patient d'exprimer ce qu'il voit à partir de ses orientations et de sa façon de percevoir le monde tel qu'il est requis pour inventer une histoire à travers chaque image qui représente une situation humanitaire classique en rapport avec des conflits universels et dans chaque planche nous trouvons ce qui est en rapport avec ces différentes situations, ainsi qu'un traitement libidinal, agressif dans le cadre d'un registre œdipien, c'est ce qui explique la différence des sexes et des générations. Cette technique incite le patient à nous donner une histoire tissée de son imagination, imprimée par l'élaboration psychique ainsi que des défenses pour que des problématiques bien spécifiques soient stimulées au niveau psychique, individuel. (Brelet-Foulard et Chabert, 2003,24). Avec la particularité d'être à la fois figuratif et ambigu, ce test permet de repérer la capacité du sujet à se laisser aller à une rêverie à partir d'une réalité perceptive, sans être ni désorganisé par cette activité associative, ni démesurément contraint par les impératifs de l'objectivité. (Foulard et Chabert, 2003,p.32).

3. Résultats

Nous allons présenter un cas illustratif, il s'agit d'un cas nommé Radia -cette nomination est choisie selon les caractéristiques de ce cas, puisque en langue arabe le mot Radia signifie le contentement, la satisfaction,...-, en abordant les résultats et leurs analyses à partir des trois outils utilisés.

3.1 Informations à partir de l'entretien

Radia, âgée de 40 ans, est une femme blonde, de taille moyenne, voilée, se présente en consultation rhumatologique de suivi. Elle est la troisième d'une fratrie de cinq (2 filles, 3 garçons), issue d'une famille ayant un niveau socioéconomique moyen, d'un père retraité et d'une mère au foyer. Elle est titulaire d'un bac scientifique et occupe un poste d'institutrice depuis près de 20 ans. Elle est mère de 3 enfants, son mari occupe un statut professionnel important.

-La santé physique

• Les maladies organiques antérieures et actuelles

A l'entretien, Radia signale avoir développé des angines à répétition durant son enfance. Par contre, elle déclare ne pas y avoir d'autres problèmes de santé à l'heure actuelle, mis à part des gripes accompagnées de fièvres se récidivant durant la saison hivernale.

La PR a été découverte chez Radia à l'âge de 29 ans, marquée par quelques inflammations bilatérales et symétriques, touchant les mains, les pieds, ainsi que les épaules et le cou, jusqu'alors légèrement active et très peu érosive. A l'entretien clinique, elle déclare se plaindre des raideurs matinales d'un quart d'heure au moment des poussées mais elle n'a jamais été hospitalisée pour cette maladie, comme elle n'en a jamais subi d'interventions chirurgicales.

• Événements traumatiques et apparition de maladies et/ou complications

Six mois avant l'apparition de la polyarthrite rhumatoïde, Radia avait vécu des moments difficiles, voir insupportables avec sa belle-famille, à cela s'ajoute le Décès de son père qui a eu lieu un mois après son déménagement. « Ma-belle-famille a joué un mauvais jeu, en particulier ma belle-mère qui n'arrêtait pas de dire à mon époux qu'il aurait pu trouver mieux que moi, nous avons été à la limite de nous séparer à cause de son comportement, finalement tous ses coups ont renforcé notre amour puisque actuellement nous avons notre propre appartement ». « J'avais perdu mon père un mois après mon déménagement, je l'ai beaucoup pleuré, c'était le meilleur père au monde, nous étions plus qu'un père et fille, nous étions des amis ».

• Les conséquences de la maladie

A l'annonce du diagnostic, elle a été surprise par cette nouvelle ; « J'ai été très choquée par le diagnostic et j'ai vécu des moments dépressifs pendant environ trois mois car je connaissais déjà la gravité de cette maladie et ses complications ». Elle se demande si demain elle pourra encore bouger, et si elle pourra encore faire ce qu'elle fait aujourd'hui : « ...c'est ça qui est le plus pénible, c'est se dire : qu'est ce qui va encore se passer demain ? », « Je me suis toujours dit que je ne laisserais jamais ma maladie m'empêcher de faire ce que je voulais faire et de devenir celle que j'allais devenir ». Sa maladie n'a jamais entravé sa vie quotidienne, pour cela, elle rapporte avoir possédé une bonne qui prend en charge les tâches ménagères et ce dans le but de protéger ses articulations pour autant ; « J'ai une bonne qui me vient deux fois par semaine pour faire le ménage, ça m'aidera au moins à préserver mes articulations ». Dans d'autres déclarations, Radia annonce avoir s'occupé de la cuisine. ; « C'est moi-même qui prépare à manger à mes enfants, je ne laisserai jamais quelqu'un d'autre me remplacer dans cette tâche...c'est vrai qu'il m'arrive parfois d'avoir mal aux mains mais...j'ai pas le choix...c'est mes enfants...je fais de mon mieux... (sourire)». Sur le plan professionnel, nous signalons que la PR ne cause pas trop de gênes pour Radia.

• Le facteur héréditaire

L'existence d'une prédisposition familiale de la PR a été initialement suspectée, Radia présente une composante héréditaire significative pour cette polyarthrite, ce qui explique chez elle une prédisposition héréditaire suite à l'atteinte de sa mère depuis plus de 25 ans, ainsi que sa tante maternelle il y a environ, 16 ans, chose qui augmente chez Radia, la fréquence du risque d'une anxiété en rapport avec son devenir suite à cette pathologie invalidante notamment que la polyarthrite rhumatoïde, risquerait de placer Radia dans une forme d'insécurité personnelle, sauf que l'aspect spirituel fortuné qui caractérise Radia, témoignant d'une foi forte et profonde a pu influencer la possibilité homéostatique corporelle. Nous

dirons que cette patiente a relativement repris son équilibre malgré tout le stress et l'anxiété rencontrés face à sa maladie.

• **La qualité de l'apport de l'environnement**

Radia, exprime sa reconnaissance envers son médecin traitant ainsi que sa famille pour le soutien qu'elle lui apporte. Quant à sa belle-famille, elle déclare qu'elle ne s'en soucie plus, malgré qu'elle remarque son mari éprouver de la nostalgie pour eux ; « Ma belle-famille ne m'intéresse plus et je me soucie non plus de leurs coups, malgré la nostalgie que mon mari éprouve par fois pour habiter de nouveau avec ses parents...Étant donné que j'ai mon propre logement ». Pareillement, sur le plan professionnel, où elle dispose du respect de ses collègues ainsi que de tout l'établissement. Et en nous appuyant sur ses propos, nous avons constaté que son comportement, impose le respect, étant donné que le comportement de Radia est respectueux.

• **La tenue du corps**

Radia n'a jamais été hospitalisé avant son atteinte par la polyarthrite et ne souffrait pas d'autres maladies antérieures. Concernant, les complications de la PR, elles sont très légères et presque inexistantes, jusqu'au moment où nous l'avons rencontré. Ainsi, son état de santé est classé, dans la forme légère à savoir que sa PR est de type réversible ne retentissant pratiquement pas sur ses activités quotidiennes. Nous dirons que cette patiente a relativement repris son équilibre malgré tout le stress et l'anxiété rencontrés face à sa maladie. De ce fait on peut dire que Radia présente une bonne tenue du corps.

- **La mentalisation à partir de l'entretien**

• **La qualité de la relation lors de l'entretien**

Au cours de l'entretien de recherche, Radia s'est montrée motivée, souriante, dont elle, a donné son consentement de participation une fois avoir lui expliqué le cadre de la recherche. En effet, elle a semblé éprouver du plaisir à participer à une recherche scientifique, elle a répondu aisément aux questions posées en s'exprimant sagement et en faisant preuve d'associations limpides. Le contact a été marqué par un climat de confiance, de collaboration riche, où ses réactions aux questions de l'entretien ont été vécues par une participation affective et beaucoup d'émotion.

Radia s'exprimait de façon spontanée après avoir posé nos questions ; le discours est marqué par une richesse associative, avec une verbalisation d'affects, une variété des représentations et une profusion de liens entre les affects et les représentations. La majorité de ses réponses à l'entretien ont été claires malgré l'émergence de quelques processus primaires. Les événements traumatiques évoqués ont été accompagnés de réactions émotionnelles, que ce soit sur le plan verbal (expression de fortes émotions), ou comportemental (pleure).

• **Les événements les plus importants dans la vie du patient**

Les événements qui ont marqué Radia, sont en lien avec ses problèmes vécus avec sa belle-famille qui ne s'atténués qu'après avoir eu son propre appartement. A cela s'ajoute le décès de son père qu'elle déclare considérer comme un ami, et meilleur père au monde. Du coup, elle nous déclare être croyante et très pieuse, tout en ayant totalement confiance en Dieu et que sa foi la renforce moralement et l'aide à faire son deuil.

Quant aux bons souvenirs qu'à vécu Radia, se résument en moments où elle a obtenu son bac ainsi que le jour où elle avait commencé à travailler comme institutrice car c'était son rêve de devenir enseignante. Le moment où elle avait obtenu la clé de son appartement était considéré comme étant le jour de sa renaissance.

• **La vie relationnelle et la nature des investissements objectaux**

Les relations de Radia à sa belle-famille restent affectées malgré son déménagement, elle déclare qu'elle ne leurs accorde pas d'attention, tant qu'elle possède son propre logement, et ce malgré qu'elle sent que son époux est attaché à sa famille; « Pour cela je ne m'en soucie plus du moment que j'ai mon propre appartement, certes, je sent que mon mari est attaché à sa famille mais ça m'intéresse pas». Radia parle de son mari, en le décrivant comme étant compréhensif et utile ; « mon mari n'a jamais manifesté de plaintes suite à ma maladie qui était parfois invalidante, notamment au début de son apparition », « il m'aide même dans l'éducation de mes enfants c'est un bon papa en fait et c'est tout ce qui m'intéresse ». En outre, sa relation avec ses frères et sœur demeure également bonne et sans aucun conflit. Quant au milieu professionnel, elle se sent parfaitement bien respectée de la part de ses collègues de travail ainsi que par le directeur de l'établissement.

• **La qualité de la vie fantasmatique**

Nous remarquons une richesse en vie fantasmatique chez Radia à travers une présence de processus associatifs. A la question sur ses projets d'avenir, elle répond qu'elle a des ambitions qu'elle souhaiterait réaliser ; « Je souhaite aller au pèlerinage », « j'aimerais ouvrir un centre d'orphelinat et plusieurs d'autres projets sont dans ma tête mais c'est seulement le temps qui manque pour pouvoir les réaliser ». Interrogée sur la façon dont elle occupe son temps, elle répond qu'elle a plutôt du mal à ne rien faire, à rester sans occupation.

• **La nature de la vie onirique**

Radia, fait beaucoup de rêves dont le contenu est intense, elle se souvient de ses rêves et elle en donne de l'importance, ce qui témoigne de l'investissement du contenu de son appareil psychique ; « Je rêve beaucoup et même de temps en temps je fais des cauchemars ». Concernant ces rêves qui éclairent l'émergence des facultés de l'activité psychique, nous avons fait associer Radia sur le rêve évoqué, mais au lieu de répondre à notre question, elle se mettait à raconter un autre rêve, sans sollicitation de notre part. Nous ne faisons pas

l'interprétation de ses rêves, mais nous nous appuyons sur des éléments indiquant la nature du processus de l'élaboration psychique.

3.2 Les données du test de Rorschach

Protocole de Rorschach : Cas Radia 40 ans

Texte	Enquête	Cotation
<p>I 9"</p> <p>^ 1. Dayi zareÿ comme une dame i gd3un rabi sbhanu</p> <p>23"</p>	[D Partie médiane entière] (forme)	D K+ H
<p>II 13"</p> <p>^ 2. un ours</p> <p>3. Dayi zareÿ... deux petits éléphants neÿ</p> <p>4. deux hommes coréens lssan la tenue traditionnelle xadmen des entrainements pour une bataille.</p> <p>45"</p>	<p>[D Grande partie latérale] (forme et couleur)</p> <p>[D Les deux parties latérales noires] (forme et couleur)</p> <p>[G Toute la planche] (forme et couleur)</p>	<p>D FC+ A Ban</p> <p>D FC+ A Ban Sym</p> <p>GK+ H Ban Sym</p>
<p>III 7"</p> <p>^ 5. Sin ifassen nejma3en poing contre poing</p> <p>6. d al3ebdh ictah</p> <p>7. Un papillon itferfir dayi... 12"</p>	<p>[D Toute la partie noir coté sans panier] (à cause de la forme)</p> <p>[D Toute la partie noir inferieure médiane] (à cause de la forme)</p> <p>[D Les deux parties noires latérales] (forme)</p>	<p>DF-HdSym</p> <p>DK+H</p> <p>D F + A</p>
<p>IV 4"</p> <p>^ 8. Alors...là...d l monstre... oui d l monstre...c'est tout.</p> <p>53"</p>	[G Toute la planche] (forme et couleur)	G FClob+ (A)
<p>V 1"</p> <p>^ 9. Une chauve-souris tout simplement... une chauve-souris i diwtren c'est tout. 5"</p>	[G Toute la planche] (forme et couleur)	G Kan+ A Ban

<p>VI 7" ^10. ... Dayi zareY une guitare... (Rire)...la guitare de mon mari.....Daya kan is3iY adiniY dayi...(Rire). 40"</p>	<p>[G Toute la planche] (à cause de la forme)</p>	<p>G F+Obj</p>
<p>VII 13" ^11. Sin udmawen en face à face... v12. akka, zemren adilin d les nuages 40"</p>	<p>[D 1^{er} Tiers y compris D5 les deux cotés ensembles] (à cause de la forme) [D 3^{ème} Tiers entier] (à cause de la forme)</p>	<p>D K+Hd Ban Sym D F± Frag</p>
<p>VIII 1" ^13. ZareY dayi...deux guépards talin une montagne...tvinen amakken rewlenass i tmes ayi igelan da (montre avec son doigt). 32"</p>	<p>[D Partie rose latérale] (à cause de la forme)</p>	<p>D Kan+ A Ban Sym /Scène</p>
<p>IX 11" ^14. Sin i qaruyen n l dragon 15. Dayi zareY les poumons 16. là... la colonne vertébrale 43"</p>	<p>[D Brun en haut] (à cause de la forme) [D Les deux partie roses en bas sur le coté] (à cause de la forme et de la couleur) [D grand axe médiant] (à cause de la forme)</p>	<p>D F+ Ad Sym D FC- Anat D F+ Anat</p>
<p>X 14" ^17. Dayi c'est bien coloré...lan les couleurs vives...ça représente la joie, la gaieté... v 18. Akka, itmchabah i l vase. 29"</p>	<p>[G Toute la planche] (forme et couleur) [D Rose latéral avec gris en haut] (à cause de la forme)</p>	<p>G CF+ Abst DF+Obj</p>

Temps total 7' 36''

Choix (+) : I, V

I : ça me fait sentir être plus proche du bon Dieu, ça me rappelle le bonheur ressenti pendant la prière...ça me soulage quoi.

V : Cette image est claire, facile à détecter et ça représente en quelque sorte la liberté d'expression, la liberté de l'esprit etc...Tout ce qui est bien en faite.

Choix (-) : IV et VIII

IV : Ça fait peur et c'est trop poilu...

VIII : Ses couleurs sont pâles et ne sont pas homogène ...enfin à mon avis... (Sourire).

Psychogramme

R 18 Tt'7'36 T/R 1'14" TL 2'21" TRI intratensif mixte : 4K>2,5CFc : 2k>0E. Choix (+) : I, V Choix (-) : IV et VIII	G 5 D 13 G% 28% D% 72%↑	F 7 F+5 F- 1 F± 1 FC+ 2 FC- 1 CF+ 1 FClob 1 K 4 Kan 2	H 3 Hd 2 A 5 Ad 1 (A)1 Obj 2 Anat 2 Frag 1 Abst 1 Ban 6 Sym 3	F% 39%↓ F+% 83% F%elarg 78% H% 27%↑ A% 39% IA% 45%↑ RC RC% 33%
---	----------------------------------	--	---	--

3.3 Les données du Protocole du TAT

Planche 1

...Akkcic ayi itvin ilmedh l'violon itvin ousizmir ara c'est pour ça iguehzen...mais apparemment adhiqal asissen.

Planche 2

Euh...Zaregh argaz iharath tivhirth tamtouth ayi enceinte normalement tamtouthis outayi idiwin les livre g fasnis dilithssen ... atan tpreparer bach atrouh gh la fac mais tatvin t3al anzgoum i ymawlanis le fait isnin n sen a3ian.

Planche 3BM

Euh... taqcict ayi elle va pas bien ikkl tatvin tatrou tnehhaq 3la djal une mauvaise nouvelle isdilahqen toura negh tahzen parce qu'irouhas haja important negh parce qu tahlek.

Planche 4

... Tamtouth wahi dourgazis, nta itvin is3a tamtouth itnin g l'hayatis tayi g l'arrière plan i glsan la nuisette (Ataya) (montre avec son doigt) tamtouthis tatvin tathibith bzaf mais nta itvin ithibi thayat ighsav adhirouh atizar parce que fkan rendez-vous.

Planche 5

Thamtouth ayi teldi thabourth igtawin gh yeweth la pièce ...c'est un salon waqil tktalay mayla tout va bien oumayla lhala tqim propre g mi ith3al l'ménage Arrawis tvinen waqila désordonnés...Elle est très minutieuse apparemment khater koulac itwaseggem g la pièce ayi Pauvre mère d netath igkhadman koulach.

Planche 6GF

tla une jeune fille wahi d babas. La jeune fille tatvin tetwacghal oubabas athan dayi it en train de la rassurer...tatvin gâtée taqcict ayi.

Planche 7GF

Zaregh dayi taqcict tavstouhth wahi di ma taqcict tataf tapoupit g fasnis i imes tqarayas une histoire ...taqcict tatvin tat3ic l'histoire ayi g l'imagination ynés zarekht t'voyager s l'histoire ni g l'imagination ynes.

Planche 9GF

Hum... lant snath lkhalath dayi tvinent taythmathin ... tayi g l'premier plan tgharas i thina i g tazalen tqaras kcam akham i thina i g tazalen dayi thatvin maci vkhir ithela. Peut être tlahqassed une mauvaise nouvelle negh peut être tayi (montre celle se trouvant au premier plan) t provoquit negh t sfaq3it.

Planche 10

Ben dayi dargaz wahi tmatouthis qui se tiennent avec tendresse. Tvinen temhibin mlih mais dayi thousough comme si yewen zeysen i tpreparer imanis bac adhirouh balak bac adhivoiyagé i l'voyage ni adhitoul bzaf ...balak d neta adhivoyagin.

Planche 11

Dayi iw3ar chwiya (Sourire) bon, on dirait taghlayend ivlatan. Akkam zenzla. Wayi ikkl za3ma d la nature n saf i yit ... isakhla3 et c'est tout .

Planche 12 BG

Dayi dhaghen d' la nature zaregh adhfel i kath g l'ghaba ... itvin ila l'calme c'est plus clair fthina yizguely en tout cas i icbah comme paysage. zarekth romantique (sourire).

Planche 13B

Aqic ayi abstouh itvin it3assa imawlanis i glan g l' khedhma itvin triste khater toulén bzaf mais une fois adlahqen tout va rentrer dans l'ordre adhyili surement très content itvinyid d'ailleurs que la scène ayi tet3awadh toujours, qu'il a l'habitude it3assa i itqamay imanis akka

Planche 13MF

Tamtouth ayi tmouth après lahlak argazis itrou flas itvin ithibit bzaf ...tayi i dhdounith elle ne dure jamais.

Planche 19

On dirait dakham negh d l'bateau C'est un tableau artistique ... adinigh d catwa lakhater tla la tempête de neige dayi i l'climat ayi isghlayed lahzen

Planche 16

Ben dayi d l'Hij. Zaregh l'Kaaba wahi d l'hejaj, salegh AL Talbya zaregh irgazen d l'khalath, bzaf bzaf l'3ibad i zaregh i mani wahi qarbagh al'Kaaba wahi dourgaziw i glsan blanc bac and3ou rabi sbhanou ... d3igh rabi i l3amriw i warawiw i yema i baba athiham rabi, i les amis ynew ilkeli i l3iraniw s3igh la chair de poule (Pleure).

4. Discussions des résultats**4.1 L'analyse du protocole de Rorschach**

A travers l'analyse générale du protocole, nous remarquons que Radia a appréhendé la réalité extérieure dans sa forme et d'une façon efficace, marquant une adaptation. Le vécu intérieur, paraît riche et les contenus des réponses sont variés tel que, Humain, Animal, Objet, Fragment. A cet effet, Radia se caractérise par un comportement adaptatif envers la réalité, sans avoir de recours au conformisme.

Aussi, la vie interne est relativement riche en se référant aux réponses kinesthésiques, ainsi qu'à l'élaboration des affects, ce qui témoigne de la présence d'une vie pulsionnelle.

Une complétude de l'image du corps paraît exister avec une représentation de soit du sujet qui est assez satisfaisante. De même, les réincarnations, sont stables le fait qu'elles sont souvent projetées sur des formes humaines.

Nous soulignons la présence d'une panoplie de procédés de contrôle avec des procédés labiles ainsi que d'inhibition, qui ont contribué à maîtriser la vie interne. En outre nous remarquons, l'irrégularité de la production qui diffère entre quelques planches ; PL I, IV, V, VI, VIII, et Pl II, III, VII, VIII, IX, X. Aussi la difficulté à nouer des relations dans les planches bipolaires, avec facilité d'identification.

En raison de la variété des processus défensifs, ce protocole paraît distinct ce qui va dans le sens d'un imaginaire riche, ils sont presque tous représentés ce qui pourrait expliquer que la production du contrôle émotionnel se fasse à travers des processus d'élaboration secondaire et non de façon automatique.

Dans tous ces processus variés, nous remarquons une complémentarité entre les procédés rigides et les procédés labiles, ainsi que les procédés de l'ordre de l'évitement du conflit, ce qui explique une complémentarité entre l'analyse quantitative (psychogramme) et l'analyse qualitative. Comme nous remarquons un certain ruminement, malgré le changement du stimulus, et nous pouvons expliquer cela par l'efficacité du processus de résistance. Ce

contenu peut être dû aux différents états traumatiques qu'a vécu le sujet. En effet, le recours à l'inhibition, de manière générale s'avère suffisamment contenant la pression fantasmatique. En contrepartie, la difficulté à nouer des relations qui apparaît dans les planches bipolaires. Cependant, la personnalité de Radia possède des capacités d'analyse, une vie imaginaire satisfaisante, une sensibilité souple à l'environnement et un bon encrage à la réalité signifiant la bonne adaptation. Cependant, la voie mentale semble donc être la voie privilégiée du traitement des excitations même si elles peuvent se décharger par la voie somatique en présentant quelques fois des poussées inflammatoires entrecoupées par de longues périodes de rémission, grâce à la mentalisation et à un dynamisme interne constructif.

Enfin, selon la nosographie de Pierre Marty, il semblerait que le fonctionnement mental de Radia, relevé via l'analyse de Rorschach, s'inscrit dans une mentalisation incertaine.

4.2 L'analyse du protocole du TAT

Toutes les problématiques ont été perçues, par contre quelques-unes ont été traitées par utilisation de différents procédés défensifs, dont l'émergence des procédés labiles marqués par des relations interpersonnelles, en utilisant des opérations alternatives entre les pulsions libidinales et les pulsions agressives pour pouvoir traiter l'angoisse, la dépression et les conflits.

Radia, a pu percevoir la problématique œdipienne à la planche 2 sans qu'elle puisse la traiter en son versant conflictuel, mais plutôt elle a réussi à traiter des conflits aux planches suivantes: PL4, PL9GF.

La problématique liée à la perte d'objet a été traitée à la : PL1, PL3BM par l'émergence des processus dépressifs en rapport avec les représentations de perte d'objet.

Concernant la problématique pré-génitale, elle est traitée aux : PL11, PL19 à travers des positions d'angoisse avec des contenus fantasmatiques de type phobique. Par contre le conflit vécu dans tout le protocole est de type relationnel.

Toutes les séries de la feuille de dépouillement sont présentes, avec une primauté des procédés rigides appartenant à la série (A) occupant la première position, Puis viennent en seconde position l'utilisation de quelques procédés de la série (B), ensuite en troisième position la série des procédés de l'évitement du conflit (C), et enfin et en dernière position les quelques émergences en processus primaire sont essentiellement très rarement utilisés.

L'hypothèse du fonctionnement psychique à partir du TAT paraît donc appartenir à la mentalisation incertaine.

4.3 Discussion globale

Lors de l'entretien de recherche avec Radia, nous avons constaté qu'il n'y avait pas d'antécédents d'une maladie connue, mis à part quelques angines de type réversibles qu'elle développait durant son enfance. L'installation de la PR chez Radia est d'ordre génétique

puisque le facteur héréditaire existe en présence de cette maladie chez sa mère ainsi que sa tante, mais sans que cette maladie ne puisse engendrer de séquelles ou complications. L'apport de l'environnement paraît favorable chez Radia, puisqu'elle exprime sa reconnaissance envers son médecin traitant ainsi que son mari et sa famille pour le soutien qu'elle lui apporte. De ce qui est de sa belle-famille Radia déclare qu'elle ne s'en soucie plus, et que tout ce qui l'intéresse c'est que son mari soit compréhensif, ce qui la rend satisfaite de son côté. Pareillement, sur le plan professionnel, elle déclare être respectée par tous les employeurs de l'établissement, vu son comportement qui impose le respect, ce qui témoigne d'une présence d'une bonne tenue du corps chez Radia.

En effet, les résultats d'analyse du test de Rorschach et ceux du TAT, sont identiques, pour cela, nous constatons qu'en tout état de cause, les traits d'une mentalisation incertaine sont prévalents chez le cas de Radia.

En résumé, Radia est dotée d'une mentalisation incertaine pouvant préserver une certaine stabilité corporelle (affectée seulement par la PR), puisque sa tenue du corps est bonne. Radia a un bon pronostic vital étant donné qu'elle bénéficie aussi d'un apport d'environnement favorable.

5. Conclusion

Il est évident de souligner que l'être humain est une entité unique, se composant de la psyché et du corps qui s'influencent réciproquement et qui sont indissociables. L'atteinte de la maladie fait partie de la vie de tout être humain quelque soit son âge, dont cette altération est la résultante des facteurs biopsychosociaux, la laissant apparaître sous différentes formes touchant à l'intégrité physique de la personne. Citons les maladies graves, les maladies chroniques, etc. En règle générale, les maladies chroniques sont des affections de longue durée et qui évoluent lentement. Parmi ces maladies chroniques, on trouve la polyarthrite rhumatoïde (PR), qui évolue par poussées, induisant certains cas à l'handicap et à l'invalidité.

La réalisation de notre recherche qui vise à cerner le fonctionnement mental d'une patiente atteinte de polyarthrite rhumatoïde, s'est basée sur la revue de la littérature, notamment les travaux réalisés en psychosomatique et par l'accessibilité au terrain (réalisation d'une pré-enquête et enquête). Cependant, nous avons utilisé l'entretien clinique semi directif qui s'est focalisé sur les maladies organiques antérieures et actuelles de Radia, les conséquences de sa polyarthrite, la nature de son environnement, sa vie onirique ... à partir de sa production aux protocoles Rorschach et TAT, ainsi que leurs analyses, en faisant ressortir les indices de capacités ou de failles de mentalisation et leurs influences sur l'évolutivité et la réversibilité de la polyarthrite rhumatoïde et en se référant au niveau de la tenue du corps.

A travers notre étude, nous avons tenté de démontrer l'influence de la qualité de la mentalisation, ainsi que la nature de l'apport de l'environnement - favorable ou défavorable - sur l'évolution de la PR. Toutefois, cette recherche nous a permis d'aboutir à certaines observations telles que ; la qualité du fonctionnement mentale. Cependant, l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde est liée à la qualité du fonctionnement mental.

Aussi, l'apport de l'environnement favorable, joue le rôle de par excitation et substitue l'appareil psychique défaillant, dans ce sens, notre sujet (Radia), dotés d'une mentalisation incertaine a pu avoir une PR réversible et a pu mener une qualité de vie qualifiée grâce à l'apport favorable de son environnement. Du coup, la nature de l'apport de l'environnement (famille, amis, équipe soignante...), contribue dans le degré de l'évolution de la maladie chez un polyarthritique, car l'environnement favorable joue un rôle primordial chez ces malades afin de mener une vie quasiment normale et avoir une meilleure qualité de vie.

En réalité, la polyarthrite a de graves répercussions sur la vie quotidienne des adultes. Ces derniers doivent non seulement vivre avec les atteintes, les limitations d'activités et les restrictions à la participation sociale causées par la polyarthrite, mais aussi avec certains problèmes de santé chroniques liés à cette maladie grave, notamment les problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, angoisse) et les cardiopathies. Notre étude, nous a offert l'opportunité de nous rapprocher d'un sujet polyarthritique et découvrir les différents aspects de sa vie et sa souffrance, cette souffrance qui est d'une valeur traumatique chez le cas de Radia. Par conséquent, une prise en charge psychologique parallèlement avec une prise en charge médicale demeure indispensable. Pour cela, nous pensons qu'il est utile de recruter des psychologues au niveau des services de rhumatologie (étatiques et privés), afin que les polyarthritiques puissent trouver une oreille attentive à leurs préoccupations majeures, car nous avons remarqué que notre patiente se sentait soulagée et apaisée après avoir exprimé ses souffrances. En plus, il faut impérativement que l'assistante sociale leur procure un environnement favorable et les faire bénéficier d'une éducation thérapeutique appropriée aux polyarthritiques, dans le but de les préserver et d'éviter d'éventuelles complications.

Cette recherche présente, de ce point de vue, une contribution pour que la santé et la maladie soient mieux appréhendées dans leurs dimensions biopsychosociales. Dans les études futures, il serait aussi pertinent d'évaluer le niveau d'implication de chacun de ces facteurs, afin d'orienter l'action préventive vers les facteurs les plus susceptibles d'entraîner des répercussions sur le fonctionnement des patients. De plus, des études prospectives mériteraient une attention particulière, puisqu'elles permettraient de suivre dans le temps l'évolution de l'impact de la polyarthrite sur une cohorte ainsi que de vérifier le sens de la relation avec les fonctions physiques, psychologiques et sociales.

Bibliographie

- Anzieu, D. (1960). *Les méthodes projectives*. Paris, France : PUF.
- Bacconnier, L, Rincheval, N. Flipo, RM. Groupille, P. Daures, JP. Boulanger, JP. Combe, B. (2015). Psychological distress over time in early rheumatoid arthritis : results from a longitudinal study in an early arthritis cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 54 (3), 520-527.
- Barlatier, J-P. (2019). *Les méthodes de recherche du DBA*. Paris, France. Collection Business Science.
- Bénonny, H. Chahraoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Paris, France : Dunod.
- Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte, interprétation psychanalytique*. Paris, France : Dunod.
- Dadoun, S. Zéboulon, N. Combescure, C. Elhai, M. Rozenberg, S. Gossec, L. Fautrel, B. (2013). Mortalité dans la polyarthrite rhumatoïde au cours des cinquante dernières années : revue systématique et méta-analyse. *ScienceDirect*, 80 (1), 40-45.
- Debray, R. (1998), *Pierre Marty "Les psychanalyses d'aujourd'hui"*. Paris, France : Puf.
- Debray, R. (2001), *Épître à ceux qui somatisent*. Paris, France: Puf.
- Foulard, B et Chabert, C. (2003), *Nouveau manuel du TAT. Approche psychanalytique*. Paris, France : Dunod.
- Freud, S. (1905). *Pulsions et destins des pulsions, Métapsychologie*. Paris, France : Bussière.
- Herzlich, (1969). Fatigue, rheumatoid arthritis, and anti-tumor necrosis factor therapy: An investigation in 24,831 patients. *Journal of Rheumatology*, 31(11), 2115-2120.
- Marty, P., de M'Uzan, M., David, C. (1963), *L'investigation psychosomatique, sept observations cliniques*, Paris : PUF. (Réédition, 2003).
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'Adulte*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Morris, B., Frey, A. (1998). Faible avant fort : dissociation du marquage synaptique et des facteurs de plasticité du LTP tardif. *Neuropharmacologie*, 37, (5). 545-552.
- Scherpf A, Kaplan C., et al. (2018). A multi-modal MRI study of the central response to inflammation in rheumatoid arthritis. *Nature Communication*, 9 (1), 2243.
- Shentoub, V. et coll. (1990). *Manuel d'utilisation du TAT, approche psychanalytique*. Paris, France : Dunod.
- Smadja, C. (2001). *La vie opératoire, études psychanalytiques*. Paris, France : PUF- Le fil rouge.
- Smadja, C. (2003). Quelques remarques préliminaires à l'étude psychosomatique des maladies auto-immunes. *Revue française de psychosomatique*, 1 (23), 11-24.