

Approche Psychosomatique du Devenir de la Greffe Rénale -Les Facteurs Protecteurs et les Facteurs de Risques-

A Psychosomatic Approach to Kidney Transplantation Future-Protective Factors and Factors of Risk-

Dr. SAHRAOUI Intissar

Maîtres de conférences A, en psychologie clinique, Université Abderrahmane Mira, Bejaïa
intissar_omar@yahoo.fr

Résumé

Aujourd'hui le domaine de greffe d'organe est parmi les préoccupations actuelles de la santé. Notre recherche concerne une investigation psychosomatique à l'aide de l'entretien clinique et des tests de personnalité appliqués aux malades insuffisants rénaux chroniques (IRC), en deux étapes. La première concerne l'investigation des hémodialysés candidats à la greffe rénale, puis la deuxième étape consiste à étudier les mêmes cas après une année de la greffe rénale.

Cette étude est réalisée dans un but pronostic, pour détecter les facteurs intervenants dans la réussite ou l'échec de la greffe rénale. En se basant sur la théorie psychosomatique comme arrière plan théorique, on a souligné que dans la greffe rénale plusieurs facteurs interagissent tels que la qualité de la mentalisation du receveur (la personnalité), la nature de l'apport de l'environnement favorable ou défavorable, qui vont influencer sur la qualité d'observance médicamenteuse.

Afin d'éclaircir nos propos, on va présenter une vignette clinique en pré greffe puis en post greffe

Mots clés : *Hémodialyse, Mentalisation, la Greffe Rénale, Observance Médicamenteuse, l'apport de l'environnement.*

Abstract

Today, the field of organ transplant is among the current health concerns.

Our research reports a psychosomatic investigation using a clinical interview and personality tests of patients with chronic kidney insufficiency (CKI) through two phases. The first deals with the investigation of haemodialysed subjects for kidney transplantation and the second step is to study the same cases after one year of kidney transplantation.

This study is carried out for prognostic purposes to detect the factors involved in the success or failure of the kidney transplant. Based on psychosomatic theory as a theoretical background, it has been pointed out that in kidney transplant several factors interact such as the quality of the mentalization of the recipient (the personality), the nature of the contribution of favorable or unfavorable environment which will influence the quality of medication compliance.

To give more insights to this study, we will present a clinic label in pre kidney transplant then a post kidney transplant.

Keywords: *Haemodialysed, Mentalization, Kidney Transplantation, Treatment Compliance, Environmental Contribution.*

Introduction

Les approches médicales généralement se focalisent sur le côté biologique du malade, ont été réfutées par les données de la psychologie clinique, qui ont pu démontrer les failles de ses approches. En s'intéressant à l'individu dans son aspect partiel ignorant la dimension humaine et l'aspect psychique de la personne, dont la psychologie contemporaine en particulier la psychosomatique -qui considère l'être humain dans sa globalité-souligne que l'accompagnement psychologique contribue au soulagement et parfois à la guérison du malade.

Cependant le développement remarquable de plusieurs domaines de la psychologie notamment les efforts faites en psychopathologie en terme de nosographie, citant en particulier la nosographie de P. Marty qui se basait sur la nosographie classique de S.Freud. P. Marty s'est focalisé sur le concept de mentalisation, qui signifie le travail de l'appareil psychique qui diffère d'un individu à un autre, et qui détermine la tenue du corps.

Dans ce cadre, on a investigué les hémodialysés candidats à la greffe rénale, cette dernière commencent dès l'annonce, bien avant l'intervention chirurgicale de la greffe, par des représentations qui diffèrent d'un cas à un autre, ce dynamisme psychique est lié à l'histoire du patient. Chaque malade est doté d'un type de mentalisation qui caractérise son fonctionnement mental.

Dans notre étude, on a étudié dans une première étape les hémodialysés qui sont candidats à la greffe rénale d'un donneur vivant, puis dans une deuxième étape on a revu les même cas après une année de la greffe rénale, c'est-à-dire notre recherche s'est réalisée en deux temps ;en phase préopératoire et en phase postopératoire. Afin de cerner la qualité du fonctionnement mental des hémodialysés -en se référant à la théorie psychosomatique de P. Marty et à la classification nosographique et des tests projectifs - et la relation de cette mentalisation avec le parcours et le devenir de la greffe rénale ,dont cette dernière est liée aussi à l'observance médicamenteuse ,puisque le malade greffé est obligé d'observer des médicaments anti- rejet durant toute sa vie .Dans le cas où le patient

est inobservant il met son greffon en danger ,et il risque le rejet ,dont il se trouve obligé de retourner en hémodialyse.

1. La greffe rénale

Parmi les atteintes somatiques, on trouve l'atteinte rénale ; le rein est un organe noble vu son rôle primordial dans l'équilibre hémostatique du sujet par l'élimination des déchets dans le sang en produisant par la suite l'urine. Cependant son dysfonctionnement provoque une désorganisation de la vie de la personne et l'un des plus dangereux dysfonctionnements de ce dernier est l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) qui se définit comme « une réduction néphrotique plus ou moins lentement progressive à laquelle fait suite une adaptation jusqu'à une certaine limite par les néphrons restant afin de sauvegarder l'homéostasie. » (Boubchir .M.A, 2004, p22).

Sachant bien que cette maladie se traite par deux types thérapeutiques; l'hémodialyse chronique ou appelée encore le rein artificiel; ou la transplantation rénale, qui occupe une place essentielle dans le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale, elle se définit « comme un transfert, sur un malade receveur, un greffon -transplant rénal- et ce transfert exige l'existence d'un donneur qui peut être soit vivant ou cadavérique». (Levallois M.- P et coll., 2003, p.406)

L'atteinte du rein et son dysfonctionnement conduit à une désorganisation générale de l'état des patients qui vont se retrouver dans une situation très délicate où leur vie dépendra perpétuellement de l'appareil générateur de dialyse, par contre ceux qui trouvent un donneur (vivant ou cadavérique) vont subir une transplantation rénale qui va leur redonner à nouveau l'espoir de reprendre presque une vie normale, en contre partie ils vont se retrouver seulement devant l'obligation d'une observance des immunosuppresseurs (qui sont des médicaments anti- rejet) strictes et éternelles, qui ont pour rôle de conserver le transplant rénal, par contre dans le cas de la non observance médicamenteuse on assiste au rejet du greffon.

Dans la période post opératoire certains patients greffés confrontent des menaces de rejet de types aigues au chroniques, expliqués dans la grille

d'analyse de la valeur fonctionnelle du transplant rénal réalisée par les néphrologues⁽¹⁾. Ces rejets sont reliés à l'intégration psychique et au fonctionnement du greffon, pour cette raison qu'on rencontre chez ces malades, une crainte excessive du rejet du transplant.

Signalons que ce traitement immunosuppresseur post-greffe n'est pas dépourvu des effets secondaires, car il provoque avec le temps des différentes infections du fait de l'affaiblissement du système immunitaire de chaque malade. C'est pour cette raison, que la greffe rénale ne doit pas être considérée comme moyen thérapeutique exhaustif soulignons que le cauchemar du rejet demeure et il n'est pas totalement éliminé. Donc la marge de prudence est toujours imposée pour chaque malade transplanté du rein en particulier.

2.À propos de la théorie psychosomatique

La médecine en général et ses multiples spécialités s'occupe des maladies qui touchent le corps humain. Leur objectif principal est de soulager le malade ou de le mener à la guérison. Notons que souvent le malade est pris particulièrement sous l'aspect physique qui représente l'élément concret et observable de la personne.

Cependant, le développement de certains domaines en psychologie, en particulier la psychanalyse grâce à laquelle P. Marty a pu créer l'école psychosomatique de Paris, il déclare à plusieurs reprises « que la conception psychosomatique n'aurait pu se réaliser sans l'existence de Sigmund Freud et de son invention de la psychanalyse. » (P. Marty, 1976, p 19). Chose qui a permis la considération, la valorisation de l'aspect psychologique de l'individu, dans la pathologie organique.

En fait, le début était avec la psychanalyse que certaines ambiguïtés ont pu se clarifier concernant quelques affections somatiques à partir de certains cas, notamment le cas Dora d'hystérie où S. Freud a pu relier la conversion organique à l'état psychologique de la patiente.

L'être humain, dès sa naissance est en interaction avec son milieu notamment les premières relations

avec sa mère puis avec sa petite famille. Il est exposé à plusieurs types d'excitations auxquelles il doit faire face, qui peuvent être intrinsèque et /ou extrinsèque avec lesquelles il s'interagit et s'adapte. Indiquant que chaque individu confronte et surmonte ces amertumes selon des aménagements défensifs reliés à sa propre personnalité, intégrant sa constitution psychologique et physiologique, sans oublier aussi la contribution du milieu s'il est de nature favorable ou défavorable.

Signalant aussi, que l'être vivant se constitue dès sa naissance d'un ensemble d'organes qui fonctionnent séparément l'un de l'autre, chose qualifiée par P. Marty de la mosaïque première, où il souligne que le mouvement d'association, d'hiérarchisation et d'évolution et la mise en place de l'appareil psychique, se réalise grâce au rôle important et à la qualité de la relation de la mère à son enfant. (M.A. Ait Sidhoum, 1998, p 10).

D'après la conception psychosomatique, le principe essentiel du processus de somatisation réside dans l'accumulation des excitations et leur décharge sur le plan organique, lors d'incapacité de l'appareil mental de la personne à gérer ses excitations. Par contre la gravité de l'atteinte est reliée à la qualité de la structure psychique, si cette dernière est solide, elle représentera le bouclier protecteur devant ces différentes excitations, et si la structure psychique est fragile c'est le corps qui prend la relève.

L'approche psychosomatique, s'intéresse à la structure mentale de l'individu et sa relation avec l'atteinte somatique prenant la personne dans sa globalité mentale et physique. Dans ce cadre et quel que soit l'atteinte on ne peut pas la prendre toujours comme étant une maladie qui menace la vie de l'individu, elle représente dans quelque cas le point de redémarrage et de réorganisation qui permet à la personne de se réorganisée, et ce, selon la structure, la solidité de l'organisation mentale de la personne, intégrant bien-sûr l'apport de son milieu qui peut être favorable ou défavorable. Donc la maladie peut prendre une connotation et valeur négative ou positive et non pas

Le rejet hyper aigu (rejet aigu accéléré): [du 1er au 15ème jour post-greffe]

- Le rejet aigu [le deuxième jour et fin du troisième mois]

- Le rejet chronique [après des mois ou des années de stabilité du greffon]

seulement négative comme on a souvent l'habitude de lui attribuer. Cette valeur positive va permettre à la personne atteinte, une poussée à la continuité, et à la créativité, à beaucoup de choses qui vont l'encourager à lutter contre les aléas de la vie. Alors la maladie, peut avoir le rôle de réactivation de mouvements de mort ou de mouvements de vie. Et ce, se joue autour de la nature de la personnalité plus particulièrement le type de la mentalisation. Cette dernière est définie par P. Marty comme; le travail de l'appareil mental, qui est différent d'un sujet à l'autre et chez la même personne selon les périodes de sa vie.

Il a distingué trois types de mentalisations ; la bonne mentalisation (caractérisée par une richesse aussi bien de la quantité que de la qualité des représentations),mauvaisementalisation (caractérisée par une réduction aussi bien de la quantité que de la qualité des représentations) et la mentalisation incertaine, dont on souligne des variations de la quantité et de la qualité des représentations qui sont parfois patenteset parfois carencées, donc le fonctionnementest tantôt bien mentalisé et tantôt mal mentalisé.

À coté de ces trois formes de mentalisations on trouve un autre type du fonctionnement appelé névrose de comportement, qui investit le recours au comportement. Soulignons aussi, qu'il n'existe pas de structures mentales qui fonctionnent d'une manière linéaire quelque soit la qualité de son organisation, elles sont toutes dans l'irrégularité du fonctionnement.

De son côté R. Debray, souligne 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 fréquemment chez les nourrissons et les personnes âgées. (R. Debray, 1997, p19-37).

Dans cette optique, F. Seron (1987) confirme à travers les résultats de sa recherche effectuée sur les malades qui souffrent de l'insuffisance rénale chronique et la réussite ou l'échec de leur greffe, dont elle a met en exergue dans son étude , que c'est contre indiqué de passer à la procédure de la greffe chez les patients qui sont en proie du mouvement contre- évolutif comme le cas des névrosés de comportement. P. Marty a soutenu ses résultats, on déclarant « La contre-indication de

procéder à une greffe de rein chez un malade mal mentalisé, en proie à un mouvement contre évolutif de grandes ampleurs ». (Marty .P, 1990, P.68).

En réalité, onne doit pas condamner les insuffisants rénaux chroniques dotés d'une mauvaise mentalisation - structure psychique fragile - de ne pas bénéficier de la greffe, mais il faut impérativement passer par une psychothérapie afin de renforcerleurmécanismes et de lespréparer pour le projet de la greffe rénale.

Ces constatations sont appuyées par tous les partisans du courant psychosomatique, parmi lesquels, R.Eisendrath , qui considère que le rejet biologique est lié au rejet psychologique. Et aussi les travaux de R. Debray sur les diabétiques insulino – dépendants, dont elle confirme que le traitement adapté ne doit pas se déterminer à partir d'une perturbation physique, et la prise en charge thérapeutique doit se baser sur les malades et non pas sur les maladies. Donc le traitement de ces malades doit prendre en considération dans le futur, la nature de leur fonctionnement mental.

3. L'observance thérapeutique

Concernant le sujet de greffe d'organe notamment la greffe rénale, le problème se pose déjà dans le traitement univoque de tous les greffés; en ignorant le type de mentalisation de chaque patient, par contre la considération de la qualité de la mentalisation reste la condition principale de la prise en charge du malade, qui détermine en grande parti la qualité d'observance ou d'inobservance médicamenteuse.

Alors, la greffe rénale n'est pas toujours valable, malgré la présence de donneur qu'il soit vivant ou cadavérique, puisque d'autres dimensionsinterfèrent dans sa réussite ou son échec, à savoir la nature de la mentalisation, la qualité d'observance médicamenteuseet l'apport de l'environnement.

Ainsi, pendant le projet de la greffe, il est impérativement de procéder à un bilan psychologique des hémodialysés candidats à la greffe, pour évaluer la qualité de leur mentalisation, et connaître leur capacités à gérer cette épreuve de greffe. Si quelques cas sont dépourvu de capacités psychiques et en voie d'un déséquilibre, il faut qu'ils bénéficient d'une prise en charge psychologique adéquate, afin de leur permettre de dépasser cette situation

critique pour accepter et incorporer le greffon, d'où cette intervention peut porter sur le plan physique et /ou sur le plan psychique un redémarrage et une réorganisation psychosomatique.

Dans l'insuffisance rénale chronique terminale et la greffe rénale comme dans toutes les maladies chroniques et grave, l'inobservance thérapeutique pose un problème crucial et un problème de santé publique. En ce qui concerne les patients ayant reçu une greffe de rein, ces auteurs ont montré que 18% des sujets n'étaient pas observant à la prise des médicaments ou assidus aux consultations. 91% d'entre eux rejetèrent leur rein ou moururent dans les trois mois qui suivirent la transplantation, contre seulement 18% chez les patients observant. Le Pr Jean Benjamin Stora (2005) souligne que « la vulnérabilité au stress, les difficultés d'adaptation postopératoire, la détresse psychiatrique et la non observance sont les dimensions qui sont à présents retenues pour évaluer les chances de survie postopératoire ». (Stora Benjamin J, 2005, P. 67).

L'auteur précise que « aussi les résultats des études prouvent-ils que la non observance est liée à une histoire individuelle d'abus de drogues, de désordres de la personnalité et de risque psychosociale (difficultés d'adaptation). Le risque psychosociale est associé au nombre d'épisodes de rejet, et les caractéristiques psychosociales décelées avant la greffe sont des prédicateurs significatifs de non observance postopératoires ». (Stora Benjamin J. 2005, P.68).

Suite à ces recherches, de nombreux médecins américains prennent en considération la non observance médicale ou thérapeutique et effectuent une évaluation psychologique des patients et cela avant toute transplantation d'organe. Il apparaît ainsi que le problème psychologique du traitement doit aussi être pris en considération.

Donc l'observance thérapeutique est fondée sur la compréhension du psychisme du patient et de l'influence de son milieu.

La question qui se pose alors est : Est-ce que l'observance des médicaments est liée à la personnalité du greffé et à son environnement ?

Pour répondre à cette question, on a consulté les travaux concernant ce thème à partir de la revue de la

littérature, et on a réalisé une pré-enquête auprès des patients hémodialysés puis greffés depuis une année - on a évité la première année post greffe parce qu'elle est critique cliniquement, et afin de bien connaître les facteurs interférant dans le devenir de la greffe) .

Puis on a dégagé l'hypothèse que la qualité de l'observance thérapeutique chez le malade est liée à la compréhension de son psychisme et l'influence de son milieu, qui sont comme suit :

- Les patients présentant une bonne mentalisation, vivent de façon épanouie les contraintes hospitalières et médicales en raison, en partie, des croyances qui sont déterminantes. Il s'agit des représentations que le patient se fait de sa maladie, de son traitement, de sa vulnérabilité, de sa capacité à se soigner. Dans cette situation, le patient va observer régulièrement son traitement.

- Par contre les patients dotés d'un mauvais fonctionnement mental, s'accrochent à l'observance des prescriptions médicales d'une façon opératoire si l'environnement était favorable. Du fait qu'ils ne peuvent pas se projeter dans l'avenir, entraîne des conséquences dramatiques à risque. L'observance se retrouve ainsi dans un contenu fragile.

- Dans certains cas la prédominance du narcissisme de mort conduit à l'inobservance des traitements appropriés, entraînant leur mort. Par ailleurs, les patients qui présentent des comportements autodestructeurs représentent un facteur de risque important concernant l'observance des prescriptions médicales (addiction, suicide...).

On va présenter une illustration d'un cas clinique en deux phases ; en pré greffe et post greffe, en se basant sur la qualité du fonctionnement mental et l'apport de l'environnement afin de déterminer la nature de l'observance médicamenteuse.

4. Vignette clinique : Cas Nadir 24 ans

1- Avant la greffe rénale

- Analyse du premier entretien

Nadir âgé de 24 ans, longiligne, maigre, brun, cinquième d'une fratrie de huit enfants, quatre garçons et quatre filles. En ce qui concerne la qualité de la relation durant l'entretien, on souligne que la relation

était neutre, sans manifestations de symptômes transférentielles.

Il est atteint d'insuffisance rénale chronique depuis deux ans(2007), il s'agit d'une atteinte glomérulaire, confirmée après l'étude histologique d'une biopsie rénale (PBR) qu'il a effectué.

Nadir commençait à ressentir les complications de l'insuffisance rénale chronique (IRC) à savoir l'asthénie, dyspnée et la sensation d'étouffement avec œdème aigue du poumon (OAP) ainsi qu'une hypertension artérielle (HTA), ce sont les signes témoignant de l'arrêt de la fonction rénale et l'atteinte de l'insuffisance rénale chronique.

• La santé précédente (enfance et adolescence) et santé actuelle

- A l'âge de 9 ans, il a fait une chute d'une hauteur de terrasse, occasionnant une plaie au niveau de la cuisse, nécessitant une hospitalisation avec suture de la plaie.

- A l'âge de 18 ans, après son incorporation au service militaire, il était suivi en consultation de psychiatrie, pour un syndrome de psycho-trauma ; angoisse, peur, ...etc. A noter aussi qu'il se fait traiter pour des hémorroïdes en parallèle.

- Après un mois de sa sortie (la fin du Service National), il commençait à sentir les symptômes de l'IRC, pour lesquelles il a été hospitalisé trois fois, où il a été transfusé, car il souffrait d'une anémie.

- Nadir affirme que la cause de son IRC était le travail de manutentionner qu'il effectuait, car il portait des charges lourdes, ce qui a retentit sur le déclenchement de sa maladie rénale.

- Au cour de l'entretien avec le père de Nadir, il souligne que la cause de sa maladie était le service national où il a vécu des événements traumatisants, terrorisme, plusieurs explosions,... etc. Cela a retenti sur le plan psychique, l'amenant a un suivi psychiatrique, le psychiatre a ordonné qu'il doit quitter et ne pas terminer le service national, mais le responsable de la caserne n'a pas tenu en compte cette décision, justifiant qu'il lui restait que trois mois pour terminer le service national. Pendant cette période,

Nadir souffrait de peurs intense, cris, cauchemars, et juste après trois mois de sa sortie du service national, il commençait à avoir les jambes enflées (œdèmes jambes) signant son atteinte rénale. Par rapport aux antécédents familiaux, on note une IRC chez le grand père maternel, décédé avant qu'il atteint le stade terminal et la dialyse, (cause héréditaire probable ?).

- Concernant le comportement de Nadir, devenu irritable, criants, anxieux envers des situations banales, et quand il est seul, il pleure.

• Les événements importants dans la vie de Nadir

- Nadir ne se souvient pas trop, quelques mauvais souvenirs surgissent, à savoir des disputes entre son père et sa mère, des problèmes entre le père et le fils aîné qui a souffert de troubles psychiatriques, juste après sa sortie du service militaire, ce frère agressait son père, et le frappait.

-Nadir raconte quand il avait 12 ans, son père l'avait chassé de la maison, et juste après sa sortie, il a eu une fièvre intense, ce qui explique que l'excitation était traité par le corps qui a pris la relève.

-Nadir a commencé la vie professionnelle très tôt, à l'âge de 13 ans, il a arrêté ses études en 5eme année primaire, il était contraint d'aider son père à subvenir aux besoins de sa pauvre famille. Il était vendeur dans un magasin, puis manutentionner, et après sa sortie du service national, il a travaillé comme soudeur durant un mois.

• La qualité de la vie relationnelle et investissement d'objet

- Nadir avait une vie amoureuse pendant 07ans, il en avait parlé, même à sa mère pour la demander au mariage, mais il a vécu une déception amoureuse, car la fille l'avait quitté pour quelqu'un d'autre, (Nadir dit quand il est en désaccord avec elle, il la battait). Après cela, il avait aimé sa cousine qui l'aimait aussi, mais son père a refusé cette union pour un désaccord familiale. En ce qui concerne l'observance du traitement ; concernant l'absentéisme aux séances de dialyse, Nadir affirme qu'il ne s'est jamais absenté pour les séances d'hémodialyses, les deux années où il faisait la machine. Par contre la prise du traitement médicale est irrégulière.

• La qualité de la vie fantasmagique et de la vie onirique

Toute la pensée de Nadir est focalisée sur la greffe rénale, par la suite il compte s'installer chez sa sœur mariée au sud, et travailler dans un taxiphone.

En ce qui concerne sa vie onirique, Nadir déclare que dès fois il rêve, et dès fois non, le plus souvent c'est des cauchemars gênants, qualifiés selon Pierre Marty, des rêves crus, probablement à cause de ce qu'il a vécu au service national.

2-Après la greffe rénale

- Analyse du deuxième entretien

La greffe rénale a eu lieu le 12 avril 2009, Nadir fut hospitalisé pendant 21 jours, il était très content de retrouver sa fonction rénale normale en urinant, la valeur de la créatinine est à 12mg/l, mais cela malheureusement n'a pas duré longtemps car son père, après l'intervention commençait à dire des paroles insensées accompagnées d'un comportement agressif, ce comportement n'est pas envers Nadir seulement mais à l'encontre de toute la famille, pour aller habiter dans sa vieille maison à la campagne, ce comportement pourrait signifier que le père a regretté d'avoir donné son rein à son fils.

Après cela Nadir s'est senti frustré, le dégoût de la vie, causé par la rupture avec son père l'a envahi. Il commençait à sentir les signes de la tension artérielle (18/11), il s'est affaibli, il pensait seulement au problème avec son père. Ce qui l'a amené à quitter la maison vers le sud, où le désert se caractérise par le vide, la difficulté de la vie, et le manque de suivi médical. Il s'installe chez sa sœur et travaille dans un taxiphone. Il travaillait seul, exposé au risque et au port de charge lourde, sans conserver son rein, il souligne qu'il est seul et il n'y a personne pour l'aider ou s'occuper de lui, dès fois il sent qu'il a mal au rein, il déclare qu'il a un problème qui n'a pas de solution, en disant « je débourse par moi-même, je me trouve seul, personne ne m'aide, c'est trop pour moi, je travaille au taxiphone, je soulève les lourds, ça peut être un danger pour mon rein ».

Nadir ne suit pas son régime, et n'observe pas ses médicaments, d'une façon indirecte, on déduit qu'il veut détruire son rein, d'ailleurs il ne se présente

pas aux consultations régulières de suivi chez le néphrologue au niveau d'Alger. Il s'est absenté pendant quatre mois. Il dit « je suis dégoûté, je retourne en dialyse, je veux bien, je veux garder le rein, mais je suis dégoûté ».

On note un changement dans l'attitude de Nadir, car avant il prenait soin de sa personne, il s'occupait de lui-même, il est devenu totalement négligeant, sa vie psychique est abattue, très perturbée, ce qui a retenti sur la prise de son traitement, le suivi médical. Alors sa fonction rénale s'est dégradée, est devenue moyenne, la valeur de la créatinine est estimée à 15mg/l, ce qui signifie que le pronostic de la greffe peut être mauvais, s'il continue d'adopter le même comportement, il risque le rejet.

Quand Nadir rendait visite à sa famille à Alger, il rend visite à son père à la campagne, mais celui-ci le chasse, Nadir affirme qu'il n'y a aucune raison pour cela, sauf le fait de lui donner son rein, d'autant plus qu'avant la relation était normale.

Nadir pleure quand il pense à son problème avec son père; il dit ma tête est bloquée, il est heurté par son comportement au point qu'il ne veut plus vivre avec ce rein, il préfère retourner en dialyse, s'il savait auparavant des conséquences, il préférerait la mort que de vivre cette situation.

Nadir a eu aussi un choc de la part de sa bien aimée lorsqu'elle l'a quitté (sa cousine), juste après la greffe. De ce fait Nadir a perdu deux objets privilégiés dans sa vie; celle de son père et de sa bien aimée.

Dernièrement au sud chez sa sœur, il a eu un contact avec la sœur de son gendre, qui l'encourageait à prendre son traitement antirejet, elle lui parlait au téléphone, ...etc. Il voulait la demander au mariage, mais son père ne veut pas se présenter pour demander sa main.

• La qualité de la vie fantasmagique et de la vie onirique

La vie onirique de Nadir dans la majorité du temps, était très carencé, il ne rêve pas, même s'il rêve, il ne se souvient pas, il est concentré sur le problème avec son père, et n'a prévu aucun projet d'avenir.

• L'apport de l'environnement

L'apport de l'environnement est défavorable, notamment sa relation avec son père, ce qu'il l'a amené à aller à une autre wilaya (du sud), en contre partie, sa sœur et son beau-frère le prennent en charge, lui donnent toutes leurs intentions, il se sentit quelques fois qu'il était un fardeau pour eux, à cause de l'importance qu'ils lui ont consacrés, en plus du soutien psychique de leur part, il y'a le soutien de la fille qu'il a aimé et qu'il espère épouser , mais le problème c'est qu'il ne peut pas réaliser ce vœux à cause de la rupture avec son père, ces trois êtres lui apportent beaucoup d'affection, d'espoir et de l'aide pour ses soucis.

En ce qui concerne la prise des médicaments Nadir est devenu inobservant d'où il a commencé à avoir le taux de créatinine qui a commencé à augmenter et les signes du rejet ont commencé à s'installer.

Conclusion

L'être humain présente des degrés variables de vulnérabilité, aucun n'est entièrement à l'abri d'une atteinte soit somatique ou psychologique dont chacune peut influencer sur l'apparition de l'autre ; mais reste que la perturbation psychologique autant que la désorganisation somatique d'une personne progresse ou régresse selon la gravité de la maladie et sa valeur, d'une part et, le rôle de l'entourage à savoir s'il est dévitalisant ou revitalisant, d'autre part, conjugués à la nature de son fonctionnement mental.

La greffe rénale reste le moyen thérapeutique le plus efficace, qui permet aux greffés de reprendre une vie sociale et sexuelle plus ou moins normale.

Mais, cette greffe reste une aventure particulière stressante, désorganisant, régressant, considérée encore comme une expérience d'un échange et d'une mort à éviter où certains patients en retirent bénéfice, et d'autres en sortent traumatisés par un échec qui les oblige à retourner en dialyse. Aussi, on souligne que l'inobservance thérapeutique reste un problème de santé publique.

Nos hypothèses citées ci-dessus sont confirmées, soulignant qu'il existe une relation expulsive entre la qualité du fonctionnement mental et la nature de l'environnement du malade sur la qualité de son observance médicamenteuse ,c'est-à-dire queles

différents comportements thérapeutiques dépendent de la qualité de la mentalisation et le milieu (famille, milieu hospitalier,...).Cependant nos hypothèses sont réfutables, toutefois les résultats de n'importe qu'elle recherche scientifique relative, non statique et non absolue qui est due à notre population d'étude qui ne représente pas la population mère. Ajoutant à ça qu'on n'a pas bénéficié d'une formation spécialisée en psychosomatique.

A la fin on peut proposer quelques questions de perspectives, afin d'ouvrir ultérieurement, d'autres voies de recherches dans le même domaine ; Est-ce que le rejet du greffon est lié à la personnalité narcissique qui a des difficulté à nouer des relations ?

Notre souhait à partir des données avancées, est bien la coopération entre les deux domaines, médicale et psychologique, dans la prise en charge des malades en adoptant la théorie psychosomatique de P. Marty comme démarche, il reste à signaler que cette théorie n'est pas exhaustive,elle reste réfutable, puisque la science est en perpétuelle évolution.

Bibliographie

- Ait Sidhoum M.- A. (1998). Le psychologue, le traumatisme, l'insécurité et la gestion de l'économie psychosomatique. Psychologie .N° 7, 5-27.
- Boubchir, M.- A. (2004). Monographie sur l'insuffisance rénale chronique. Alger : Ed Office des Publications Universitaires.
- Debray, R. (1997). TAT et économie psychosomatique : un bilan actuel. Psychologie clinique et projective, volume 3, 19-37.
- Levallois M.- P et coll. (2003). Larousse médical. Paris :Larousse.
- Marty, P. (1976). Les mouvements individuels de vie et de mort, Essai d'économie psychosomatique. Tome 1. Paris : Payot.
- Marty, P. (1980). L'ordre psychosomatique, désorganisations et régressions. Tome 2. Paris : Payot.
- Marty, P. (1981). Les processus de somatisation .Madrid, 23 mai. (Document inédit) PP. 1-18.
- Marty, P. (1984). A propos des rêves chez les malades somatiques. Revue Française de psychanalyse, n°5, 1143-1161.
- Marty, P. (1990). La psychosomatique de l'Adulte .Paris : PUF, (collection que sais- je ?).
- Stora , J.- B. (2005). vivre avec une greffe, accueillir l'autre. Paris : Odile Jacob.