

**CLINIQUE DU VIH, PROJET DE VIE ET PROCESSUS DE RÉSILIENCE : CAS D'UN JEUNE MARIÉ****Bernadine MATAMBA épouse NYAMA**

Université Omar Bongo

Centre de Recherches et d'Études en Psychologie (CREP-UOB)

---

Courriel : bernmat19@gmail.com

**RÉSUMÉ**

Cette étude qualitative traite de la question du VIH/Sida chez le jeune adulte marié. Son objectif est d'analyser, à travers un cas clinique basé sur des entretiens cliniques (individuel et familial), les mécanismes pouvant permettre à un jeune adulte marié de surmonter l'adversité pour survivre au VIH. En effet, le VIH/Sida se présente comme une maladie qui n'offre aucune issue curative et qui affecte la personne atteinte sur les plans biologique, social et psychologique, plongeant ainsi le malade dans une situation de traumatisme et de vulnérabilité. Pourtant, les résultats font état d'un patient qui, grâce à l'élaboration d'un projet de vie soutenu par sa compagne, ses enfants et ses parents, a réussi à surmonter l'adversité liée à la maladie VIH/Sida. Aussi, l'élaboration d'un projet de vie associée aux émotions positives du patient a favorisé chez lui le processus de résilience. Nous voyons, ainsi grâce au cas Jeff, comment le projet de vie a favorisé l'accès à la résilience.

**Mots-clés :** VIH/Sida, traumatisme, jeune adulte marié, projet de vie, résilience.

---

**ABSTRACT**

*This qualitative study deals with the issue of HIV/AIDS among young married adults. Its objective is to analyze, through a clinical case based on interviews (individual and family), the mechanisms that can enable the young married adult to overcome adversity to survive HIV/AIDS. Indeed, HIV/AIDS presents itself as a disease which offers no cure and which affects the person affected on the biological, social and psychological levels, thus plunging the patient into a situation of trauma and vulnerability. However, the results show a patient who, thanks to the development of a life project supported by his partner, his children and his parents, succeeded in overcoming the adversity linked to the HIV/AIDS disease. Also,*

*the elaboration of a life project associated with the patient's positive emotions favored the process of resilience. We thus see thanks to the Jeff case, how to life project has favored access to resilience.*

**Keywords:** *HIV/Aids, trauma, young married adult, life project, resilience.*

## **INTRODUCTION**

Les êtres humains aspirent souvent à vouloir vivre à deux. Pour qualifier cette situation, on parle de couple, de famille, de relation conjugale, de ménage, etc. Pour le couple, objet sur lequel nous allons porter notre attention, il s'agit en général d'une relation entre deux êtres qui ont mis en commun des intérêts affectifs, sexuels, financiers, religieux, communautaires ..., parfois pendant quelques mois, quelques années, voire toute leur vie d'adulte. Toutefois qu'est-ce qu'est un couple et que recouvre cette notion ?

Il faut d'emblée reconnaître que la notion de couple est polysémique. Cependant dans le cadre de ce travail, nous abordons le couple en tenant compte du lien institué nommé mariage. Dans ce sens, Lemaire (1982) l'évoque pour désigner deux personnes liées par un sentiment amoureux caractérisé par une intention avouée ou non de durée. Selon Neuburger (1994), le couple renvoie à l'histoire d'une rencontre entre deux personnes qui dure car elles ne trouvent pas de raisons suffisantes pour se séparer ; des personnes qui ont vécu lors de leur rencontre une affection particulière, un lien d'appartenance. Cette idée de considérer le couple avant tout comme un groupe d'appartenance est très séduisante parce qu'elle est systémique, c'est dans ce sens qu'elle détermine la relation par une fonction et non pas seulement par son contenu ou sa forme. De Singly (1996), d'ailleurs, va plus loin en évoquant l'accomplissement mutuel de l'homme et de la femme. Il s'agit ici d'une façon d'idéaliser le couple qui aurait en son sein un « bon partenaire », celui qui « sait aider » l'autre, le conjoint, à être lui-même, à développer ses capacités personnelles et à s'épanouir. C'est ce que Eigner (2009) désigne dynamique psychique propre au couple et qui pourrait former une sorte de troisième topique où viendrait inférer les fonctions psychiques.

Ainsi, le couple revêt un rôle de contenant psychique que Garcia (2008) associait déjà à la notion d'enveloppe psychique pouvant suppléer les enveloppes défaillantes de l'un ou des deux partenaires. On peut considérer, dans ce cas, le couple comme une entité vivante protéiforme et adaptative. Il est à la fois une organisation concrète, formant souvent les prémices d'une famille, et une entité psychique, en partie imaginaire, établie sur des liens matériels et affectifs. En se mettant en couple, on ne pense pas à la maladie grave ou, par extension, à la mort d'un de ses membres. Au-delà de la « séparation », relativement banale, qu'on ne peut assimiler à la disparition de l'autre, la maladie grave pouvant se traduire par

la mort de l'un des conjoints se présente comme un événement qui vient perturber l'harmonie et la dynamique intrapsychique du système couple.

En outre, Montheil (2017), en parlant de la notion de couple, fait référence au choix du conjoint. Ce choix contribue largement aux mécanismes de défense de chacun par la construction d'une superstructure psychique en partie consciente. Ainsi, comment ne pas percevoir le couple comme un moyen imaginaire de lutter contre la maladie grave, la mort, un moyen de survivre à soi-même et de s'étendre dans une éternité au travers de ses œuvres ou ses descendants ? Ce questionnement fait en partie référence à la fonction reproductrice qui permet aux individus de s'inscrire, à travers la procréation, dans l'éternité et dans la finitude du moi. Dès lors, il est intéressant d'observer l'impact de la maladie grave en situation de couple.

Mangione (2017), qui a travaillé sur la maladie grave dans le couple, évoque un déséquilibre relationnel lié à la rupture d'une certaine fluidité du quotidien, au fait que l'un reste debout et vaillant pendant que l'autre se couche et vacille, conduisant ainsi à une relation dissymétrique. L'apparition, surtout soudaine, de la maladie grave telle que le VIH, que nous prenons comme thématique de recherche, confronte le couple à la perte de l'illusion d'éternité. Si à travers ces études, nous nous rendons compte de l'effet de la maladie de ceux qui en souffrent, qu'en est-il du VIH/Sida qui est également une maladie grave ? En quoi peut-il altérer autant les projections d'un couple et surtout l'aspect médical ? Quel est le retentissement psychologique d'une telle pathologie ?

Selon l'OMS, le Virus de l'Immuno-Déficience Humaine (VIH) est une infection qui agresse le système immunitaire de l'organisme, en particulier les globules blancs appelés cellules CD4+. Il détruit ces cellules, affaiblissant ainsi l'efficacité du système immunitaire du patient contre des infections tels que la tuberculose et certains cancers. Le stade le plus avancé de l'infection à VIH est le Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise (SIDA). Ce stade se définit par l'apparition de certains cancers et infections ou d'autres manifestations cliniques sévères à long terme. Plusieurs études (Richa, 2006 ; Rivest, 2011 ; Atta, 2012 § Ngabolo, 2020) ont été menées sur cette problématique notamment. Ces études mettent en exergue la résonance psycho-affective de la maladie chez la personne infectée.

Atta (2012) a présenté une étude qualitative sur les répercussions psychosociales du VIH/Sida chez des patients du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) d'Abidjan. Il a travaillé avec 35 patients ou témoins, (dont 26 femmes et 9 hommes, âgés de 19 à 59 ans, la moyenne d'âge étant de 35 ans). Il y avait, parmi eux, 10 célibataires, 14 personnes en union, 8 divorcés et 3 veufs. L'objectif de la recherche est d'appréhender la complexité des phénomènes psychologiques et des représentations liés au VIH/sida. Les résultats ont fait ressortir un vécu lié aux affects psychologiques, à une dégradation de l'environnement socioaffectif et ainsi

qu'à une préoccupation pour la vie du couple et la procréation. Pour l'auteur, les répercussions psychologiques étaient consécutives au pronostic de l'infection et au traitement, mais aussi en raison de la pression qu'exerçait l'entourage social. L'étude a fait ainsi ressortir la nécessité d'intégrer une approche qualitative aux recherches médicales et de prendre en compte les affects psychologiques concernant le VIH/sida en Afrique. Elle renvoie à l'examen et à l'interprétation d'observations non accessibles à l'étude quantitative ayant permis de découvrir les explications sous-jacentes et les modes d'interrelation entre, d'une part, les exigences médicales liées au VIH/sida et le vécu psychologique, d'autre part, elle a également mis en exergue les exigences et les contraintes socioculturelles en milieu africain.

Pour sa part, Ngabolo (2020) qui a traité de l'annonce de la séropositivité au VIH a évoqué la dimension agressive du virus sur l'individu notamment au niveau somatique et psychique. L'auteur a expliqué que le corps est violenté par la maladie car le système immunitaire reste dorénavant défaillant. Autrement dit, l'atteinte somatique révèle un corps fragilisé par le virus cédant par la même occasion la place aux infections opportunistes. D'autre part, elle fait observer que la violence et le traumatisme de l'annonce conduisent à l'effondrement de la personne infectée par le virus : l'annonce elle-même étant considérée comme une violence qui provoque chez l'individu un choc, un traumatisme, une effraction psychologique.

Ces deux recherches ont mis l'accent sur le retentissement psychologique de la maladie chez la personne infectée. En effet, elles mettent en évidence les aspects négatifs. Pourtant, certaines personnes vivant avec le VIH (PVIH) y font face malgré les fardeaux qu'elles doivent supporter à cause de leur maladie chronique. Dans ce sens, les travaux réalisés par Gouvernet, Combaluzier, Viaux (2011) et ceux de Bourdet-Loubère et Mazoyer (2012) témoignent de l'adaptation des personnes atteintes des maladies graves.

Ainsi, le travail de Gouvernet, Combaluzier et Viaux, (2011) a interrogé les styles défensifs et la perception des effets indésirables des traitements auprès de 70 adultes séropositifs au VIH. L'objectif de la recherche est d'explorer les mécanismes de défense et la perception des effets indésirables des traitements antirétroviraux. Les résultats décrivent des sujets qui éprouvent un vécu de détresse face aux effets indésirables des traitements et qui ont présenté un style défensif immature, c'est-à-dire que leurs défenses inhibaient les conflits psychiques (déli, projection) et altéraient l'image de soi et d'autrui. Au final, les auteurs ont conclu que travailler sur les défenses devrait permettre de réduire l'impact psychologique des effets indésirables et, par conséquent, améliorer la qualité de la vie des patients et l'observance.

A leur suite, Bourdet-Loubère et Mazoyer (2012) ont fait une recherche sur « facteurs de résilience et femmes atteintes par le VIH ». Le travail a été réalisé sur

quatre (4) couples sérodiscordants dans l'objectif de mettre en évidence tant les ressources qui ont été mobilisées lors de la crise que celles (re)trouvées actuellement, en après-coup du trauma, permettant aux sujets d'envisager un projet d'enfant et de s'inscrire dans un parcours d'Assistance Médicale à la Procréation. Les résultats ont montré que le couple, la famille, les amis jouaient le rôle de supports au désir d'enfant, la grossesse étant considérée comme une conjuration de l'angoisse de mort et l'assurance dans la fertilité du couple renvoyant ainsi à la réappropriation d'une position subjective. Malgré cette adaptation constatée, les auteurs ont noté tout de même une vulnérabilité liée au poids du secret à l'égard de l'entourage, à la réactivation de la culpabilité par le dispositif de l'Assistance Médicale à la procréation (AMP), aux postures défensives ou stratégies d'adaptation ainsi qu'à l'identification à la figure maternelle entravée.

Il reste que peu d'études se consacrent spécifiquement à la dynamique générale des ressources psychologiques mobilisées par le jeune adulte en couple infecté à VIH, l'essentiel de la littérature consacrée au VIH touche les couples adultes.

Si les études précédentes ont permis d'appréhender la résonance psycho affective du VIH sur les personnes atteintes, sur les styles de défense et sur les ressources mobilisées en après coup du trauma chez les femmes infectées, rares sont celles qui abordent la question de la séroprévalence du jeune homme en situation maritale.

La question de l'adaptation des jeunes au trauma a été abordée par Ellis et Hoskin (2018). Les auteurs ont relevé qu'à l'adolescence et au cours de la transition vers l'âge adulte, les jeunes ayant un parent atteint de trouble mental sont plus à risque d'avoir des difficultés académiques et d'abandonner leurs études, de présenter des comportements délinquants, d'avoir une consommation problématique de substances et des problèmes de santé mentale, comparativement à leurs pairs du même âge. Aussi, Villatte, Piché et Habib (2021) soulignent qu'avoir un parent atteint d'un trouble mental constitue un facteur de vulnérabilité majeur. Celui-ci place le jeune lors de la transition vers l'âge adulte devant un lot de défis en influençant notamment la prise d'autonomie, la construction identitaire et le parcours académique ou professionnel. Si la pathologie du parent rend vulnérable l'adolescent, qu'en sera-t-il du jeune adulte marié qui fait face à un diagnostic positif au VIH ?

Le VIH renvoie, selon la représentation sociale des Africains, à une mort annoncée. Ainsi, La maladie chronique peut être vécue comme un véritable traumatisme, une coupure dans l'histoire personnelle, aussi bien pour la personne atteinte que pour sa famille. De plus, la vie maritale, qui nécessite des mobilisations importantes pour s'adapter, suppose qu'on s'attende, chez le jeune marié infecté à VIH, que ses mécanismes d'adaptation soient davantage mobilisés ou pas, compte tenu des difficultés accrues qu'il rencontre.

L'objectif de ce travail est d'analyser les mécanismes qui peuvent permettre à un jeune adulte marié de surmonter l'adversité pour survivre au VIH. Ainsi, quels sont les processus psychologiques développés par un patient pour faire face à une maladie chronique telle que le VIH ? Pour répondre à notre question de recherche, grâce à la méthode clinique, nous nous sommes appuyée sur l'étude d'un cas. Il s'agit de Jeff, jeune adulte âgé de 29 ans.

## **1. MÉTHODOLOGIE**

### **1.1. Présentation du participant : le cas Jeff**

Cette recherche porte donc sur le cas Jeff qui est un sujet masculin âgé aujourd'hui de 29 ans. Jeff est Technicien de laboratoire d'analyses médicales. Il travaille dans une structure hospitalière de Libreville. Il est marié depuis deux ans et vit avec sa femme enseignante de Collège et leurs deux enfants, âgés respectivement de 8 et 4 ans. Titulaire d'un Baccalauréat général série D à 19 ans, il s'inscrit à l'université des Sciences de la Santé de Libreville où il réussit avec brio son BTS en analyses biomédicales. Il exerce depuis 5 ans. Il y a 4 ans, il a accompagné sa compagne enceinte récupérer les examens prénataux, *a priori*, banals qui ont révélé sa séropositivité. Au moment de l'annonce du diagnostic de la séropositivité de sa fiancée suite aux examens prénataux, en 2017, Jeff était âgé de 25 ans. Ainsi, suite à ce diagnostic positif, le médecin lui a recommandé aussi de se faire dépister et les résultats ont été positifs. Rapidement, ils ont été pris en charge par le médecin qui les a envoyés aussitôt au Centre des Traitements Ambulatoires (CTA) rencontrer le médecin chargé du suivi de ce type de cas. Initialement, le constat médical ne faisait état d'aucune maladie opportuniste pouvant endommager le corps du sujet sur le plan somatique. Le médecin en charge du dossier a donc décidé de faire intervenir le psychologue pour une prise en charge. Pour les besoins de notre recherche, nous avons été mise en contact avec le dit psychologue qui nous a permis d'obtenir un RDV avec le cas Jeff afin de parler de sa nouvelle vie.

### **1.2. Matériel**

Cette recherche s'appuie sur une étude de cas : le cas Jeff. C'est une étude qualitative dont l'objectif est d'aborder les spécificités individuelles face à un événement à caractère traumatique. L'accent est mis sur les mécanismes psychologiques d'adaptation face au vécu de la maladie que nous avons cerné grâce aux entretiens cliniques de deux types : individuel et familial. Ceux-ci nous ont permis d'obtenir des informations précieuses sur la souffrance, mais aussi sur les processus psychologiques ayant permis de surmonter l'adversité.

### **1.3. Procédure : protocole utilisé**

Jeff, même accompagné, a été pris en entretien seul sauf quand il désirait la présence d'un membre de sa famille. Nous avons dû tenir compte de cet aspect. Ainsi, nous l'avons entretenu d'abord seul, et à la fin nous avons donné la possibilité à sa famille de s'exprimer afin que chacun témoigne sur ce traumatisme, sur les projets de vie. Cette situation a permis davantage à notre cas de mobiliser et de canaliser plus facilement ses affects, ses émotions, son anxiété.

Les entretiens se sont déroulés en trois phases. Dans un premier temps, les faits en lien avec ses projets de vie avant le diagnostic ont été évoqués. Il relate avec beaucoup d'émotions tout ce qu'il a traversé en évoquant successivement, à chaque fois, dans quelles circonstances il a pu être contaminé. Cette évocation a permis au sujet de mettre en place une sorte de « famille de soutien en vue d'aborder les faits en lien avec sa sexualité pour essayer de savoir qui a bien pu le contaminer, d'évacuer les émotions, les idées traumatogènes et susciter une élaboration de projets mais aussi un possible travail de deuil. Autrement dit, l'écoute développée par son épouse et ses parents l'aident à supporter sa maladie et lui apportent un soutien moral. Ce soutien lui a permis de renforcer sa capacité à agir ensemble et son autonomie pour y faire face : c'est une famille qui rassure.

Dans un second temps, l'entretien s'est déroulé en présence de la femme de notre cas. En effet, notre cas avait sollicité la présence de son épouse et permis que cette dernière s'exprime. Tout cela avait favorisé l'expression de sa vulnérabilité mais aussi les facteurs de résilience.

Dans un dernier temps, en plus de Jeff lui-même, la psychologue a invité le père, la mère et la femme de Jeff et Jeff lui-même à s'exprimer sur la situation traumatique qu'ils vivent. La prise de parole de chacun se reposait sur tous les événements positifs de la vie du sujet afin de dédramatiser les situations douloureuses.

## **2. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE MENÉE**

### **2.1. Récits des entretiens**

A notre première rencontre, Jeff fait état uniquement des informations biographiques et il a beaucoup verbalisé sur tout ce qui a entouré l'annonce du diagnostic de sa femme évitant par la même occasion d'aborder l'annonce de son statut sérologique. Car selon lui c'était inutile de le faire. Le récit se fait avec beaucoup de peine, avec une expression faciale subtile que nous pouvons associer à la crainte, la souffrance. L'évocation de ses souvenirs le plonge ensuite dans une forme de tristesse qui aboutit au silence, aux larmes. Face à ce mécanisme de défense qui témoignait de l'atteinte psychologique du VIH, nous avons décidé d'aborder la question de la prise en charge avant de nous quitter. Après un moment

de silence et un long soupir, Jeff a verbalisé en ces mots : *« c'est vraiment pénible d'apprendre du jour au lendemain, sans même présenter des signes de maladie qu'on est atteint de ce virus qui fait honte et dont on est obligé de garder ça en nous. J'étais perdu face à cette annonce de mon nouveau statut et en même temps que le médecin me parlait du virus dans ma tête j'essayais d'effacer tout ce qui était difficile à entendre et représentait un danger pour ma vie et celle de ma femme. Cette annonce a bouleversé ma vie, notre vie. C'est un choc de l'apprendre. Au début, nous avons choisi de ne pas divulguer la nouvelle (nous avons été soulagés de le dire à nos parents, nous sommes soutenus par mes parents et ceux de ma femme) parce que c'est une maladie honteuse et surtout les gens vous jugent. Elle nécessite qu'on se protège et surtout que l'on protège les autres. Nous avons des enfants, des frères et sœurs du coup on doit faire attention de pas se blesser pour ne pas contaminer les autres. Je me rappelle d'une scène effroyable. Ce jour-là, il y avait une fête chez mes parents, en faisant du rangement, nous avons tous paniqué parce que je m'étais blessé avec un tesson de bouteille. C'était la panique, l'angoisse car j'ai eu peur de contaminer mes enfants et ma sœur. Heureusement que mon père était là, il m'a calmé, ... J'ai l'impression que j'apprends à vivre, j'ai envie de vivre mais en même temps je dois faire gaffe. Mais sans le soutien et l'affection de mes parents, ma femme et mes enfants, je n'aurai pas pu. »*

A la séance d'après, Jeff est souriant et rassuré et mentionne d'un seul trait ceci :

*« Je ne vais pas m'apitoyer sur mon sort ; je travaille et j'ai une femme qui m'aime, des enfants que j'aime et qui m'aiment ; en plus de mes parents, ma belle-famille est toujours là pour moi. Les médecins et la psychologue s'occupent bien de moi ; d'ailleurs je ne peux pas manquer un RDV. Ils me donnent l'espoir de vivre longtemps et de voir mes enfants grandir. Le seul regret c'est de ne plus en faire, moi j'en voulais beaucoup (rire...) mais bon il faut savoir vivre avec des difficultés de la vie et puis il y en a même qui ne sont pas infectés mais qui ne connaîtront jamais le bonheur d'en avoir (sourire), donc mieux je me dis tant que suis vivant et je ne fais pas de maladie ça va Dieu est avec nous. Et puis (...), il y a les préservatifs, on devrait en fabriquer avec des dessins amusants afin de rendre plus agréable l'harmonie sexuelle. Nous avons peur voilà pourquoi ma femme et moi avons décidé de plus en faire heureusement que nous en avons eu une avant d'avoir été contaminés et que la deuxième n'a pas été contaminée. C'est une grâce divine. »*

A la dernière séance, tout comme à la seconde rencontre, il nous accueille d'emblée avec un sourire qui est un indicateur sur sa santé mentale, son état mental et suppose qu'il a hâte de nous revoir et surtout de discuter avec nous. Ce qui augure d'un bon pronostic pour une bonne réalisation mentale. Il poursuit sans tarder par un échange en disant : *« Dieu est merveilleux et avec le traitement et le suivi psychologique, j'espère à nouveau ; je peux faire des projets, j'en ai même*

*déjà ; j'ai construit ma maison avec l'aide de mon père, elle est presque terminée; je peux revivre à nouveau mais en tenant compte de mon statut, c'est comme une renaissance, j'éduque mes enfants en fonction de cette nouvelle vie. L'amour est important, l'amour de la famille, des enfants et de celle qu'on aime, c'est un véritable soutien dans la vie. C'est une grâce de l'avoir eue comme femme ; Dieu sait bien faire les choses car sans elle je serais perdu. Je n'imagine pas ma vie sans elle, elle m'encourage chaque jour que Dieu fait. »*

## **2.2. Analyse des résultats de l'enquête**

### *2.2.1. Du traumatisme de l'annonce*

Evoquer la notion de résilience chez un individu suppose l'existence en amont d'un traumatisme qu'il a dû traverser. Bien évidemment, tout événement dramatique n'est pas forcément traumatique. Un même événement peut faire trauma chez un sujet et n'être qu'un souvenir pénible pour un autre qui aura les ressources nécessaires pour le surmonter et l'élaborer psychiquement. Que pouvons-nous entendre par traumatisme ?

Selon Crocq (1999), le traumatisme psychique (ou trauma) est un processus psychique d'effraction et de débordement du psychisme. En fait, le traumatisme renvoie toujours à un événement de vie négatif ayant marqué la personne affectée. Ainsi, l'annonce de la séropositivité à sa femme de façon inattendue surprend le couple qui sur le champ rentre dans un état de panique totale, c'est un choc pour Jeff. Les résultats des examens prénataux, au départ considérés comme des examens de routine, ont transformé la vie de ce jeune couple en événement traumatique. De ce fait, il semble que l'annonce du VIH a marqué douloureusement l'existence de Jeff. C'est pourquoi, il est important de s'y intéresser afin de comprendre la situation singulière de chaque individu touché par un traumatisme.

La lecture que nous faisons de ce discours nous confronte à la question de traumatisme lié à l'annonce mais aussi à son impact sur le fonctionnement psychique total du sujet. D'ailleurs, l'annonce a constitué une charge hautement traumatique. Car, elle est peut être considérée comme étant « source de violence externe » comme l'a si bien noté Cramer (1999) vu que le VIH place le sujet dans une situation impensable, aliénante et potentiellement mortelle. L'annonce du diagnostic positif déborde immanquablement le psychisme de Jeff de manière transitoire, ses capacités d'adaptation, vu que la mort annoncée a forcé la représentation de l'irreprésentable. En général, il est difficile de concevoir sa propre mort. Ainsi face à l'annonce de la séropositivité à sa femme, le cas Jeff a associé le VIH dans son imaginaire à un pronostic mortel pour lui. En effet, cette annonce a fait effraction dans le psychisme sous forme de décharge émotionnelle entraînant ainsi tristesse et larmes, comme l'avait écrit Diwo (2000). C'est ce qui explique la réaction de déni du cas Jeff. En même temps qu'il écoutait la mauvaise

nouvelle, il s'efforçait d'effacer dans le discours, comme l'a précisé Ruzsniewski (2016), tout ce qui lui était insupportable et constituait une menace pour lui. Face au diagnostic intenable, Jeff fonctionne mentalement en voulant rejeter hors de sa mémoire tout ce qu'il entend d'effroyable. Aussi, le diagnostic positif à VIH a-t-il exercé une pression sur le moi du cas Jeff nécessitant de mettre en place un mécanisme de défense à savoir le clivage pour se protéger de l'angoisse et de la souffrance certainement pour l'aider à tolérer une réalité trop « agressive ». Une telle nouvelle représente un choc émotionnel important. Le VIH suscite un effroi, bien plus, Jeff a peur de la souffrance pour son avenir et de la rupture sociale que peut engendrer cette maladie qui renvoie à la mort.

De plus, l'annonce du diagnostic VIH a produit chez le sujet la réactivation des conflits intrapsychiques et des difficultés relationnelles prédominantes que l'on rencontre à l'adolescence. Il s'agit de l'exclusion, la stigmatisation, la honte, le secret et les non-dits.

En définitive, il semble que l'élaboration psychique, l'acceptation du statut sérologique et le dépassement de cette phase de sidération psychique sont des conditions primordiales à la bonne résilience. Il s'agit d'un processus, d'un travail d'élaboration psychique qui doit s'accomplir après un traumatisme.

### *2.2.2. Du traumatisme à la résilience*

La résilience selon Cyrulnik (1999) est cette capacité adaptative qui impacte positivement le reste de la vie et permet de ne plus se soumettre à l'effet que peut avoir un traumatisme sur notre propre fonctionnement, en atténuant la douleur psychique. Ce principe résulte alors d'un processus dynamique découlant de la liaison entre des potentiels internes et des étayages externes pour surmonter l'adversité. Le sujet s'enrichit alors de cette rencontre lui attribuant un potentiel de facteurs de protection (Anaut, 2002). Elle est, comme l'observe Rivest (2011), un concept qui implique à la fois la notion de traumatisme et celle de se reconstruire positivement. C'est pourquoi, la mobilisation du potentiel de résilience est fonction des spécificités personnelles de l'individu, de la nature du trauma et du soutien social post-traumatique. Déjà Cyrulnik (1999) en dégagait deux critères pour la définir notamment la présence d'un trauma antérieur et la reprise du développement du sujet ou de la famille qui y est confronté(e).

Ainsi, malgré l'infection à VIH Jeff trouve une issue socialisée à travers son couple solide et son projet de vie avec sa compagne d'assurer l'avenir de leurs deux filles afin qu'elles ne manquent de rien. Il semblerait que Jeff et sa compagne étant tous deux infectés se soutiennent, ce qui a permis l'entrée en résilience qui, comme l'a dit Manciaux (2001), mobilise des potentiels internes, en appui sur la réalité externe, pour affronter et dépasser les conjonctures adverses et vraisemblablement traumatiques. La résilience chez ce sujet renvoie non seulement à la résistance et au dépassement du trauma, mais elle apparaît également comme une possibilité

d'élaboration du trauma, qui suppose un dépassement de la maladie. Partant de ce constat, nous soulignons la disparition des émotions négatives liées à l'annonce de la séropositivité au profit des émotions positives qui sont un signe d'adaptation face à l'environnement chez les humains (Barak, 2006). A ce propos, on relève chez le cas Jeff l'espoir de revivre à nouveau, l'intérêt accru pour ses enfants, en un mot pour sa famille mais aussi une profonde reconnaissance vis-à-vis de sa femme et de sa maman.

En théorie, nous considérons, face au VIH, que Jeff fait preuve de résilience et mobilise des réponses adaptatives liées à deux choses : les ressources intrinsèques (dynamique intrasubjective, pulsionnelle et défensive), d'une part, les ressources externes relevant de l'environnement humain et du tissu relationnel, d'autre part. Lors des entretiens, nous avons retrouvé chez notre jeune marié quatre facteurs de résilience : sa vie de couple, sa compagne, ses enfants et ses parents. Le couple ici paraît comme un tuteur de résilience et de réparation narcissique pour parler comme Bourdet-Loubère et Mazoyer (2012). Dans son discours, il évoque le fait que sans sa femme, il ne saurait quoi faire (*je n'imagine même pas ma vie sans elle, elle m'encourage chaque jour que Dieu fait*). D'ailleurs, pendant les entretiens, il n'a cessé de réclamer la présence de son épouse et de dire qu'elle est une rencontre bénie. Dans ce cas, cette dernière joue un rôle important face à la maladie. En partant sur cette piste, la rencontre de sa compagne peut être qualifiée de « rencontre constructrice » que Fustier (2000) appelle « rencontre fondatrice » parce qu'assurément elle sert d'étayage sur lequel Jeff tisse sa confiance et renforce son estime de soi. Il constitue alors, avec sa femme, une enveloppe psychique qui permet de faire face au traumatisme.

Par ailleurs, même si la conjointe est très contenante pour Jeff, l'apport de ses enfants et de ses parents ne peut être occulté. Car cet entourage familial ouvre et soutient de nouvelles perspectives de vie. Le VIH dans ce cas n'est plus considéré comme un empêchement à tout épanouissement personnel : (*Au début, nous avons choisi de pas divulguer, nous avons été soulagés de le dire à nos parents, nous sommes soutenus par mes parents et ceux de ma femme*).

La présence des parents de Jeff et de sa femme aux entretiens prouve à suffisance une organisation autour de la maladie du fils, de l'époux infecté. Dans la famille du sujet, il semblerait avoir des types d'attachements familiaux singuliers qui peuvent être basés sur l'interdépendance, la reconnaissance, la gratitude, le dévouement et le partage mais aussi le sentiment de dette. Aussi, la présence de la femme témoigne-t-elle d'un couple qui s'est construit autour d'une solidarité face au VIH, l'engagement amoureux se doublant d'un engagement dans la lutte contre la maladie.

Nous venons de voir, avec notre cas Jeff, comment l'annonce d'une maladie grave en l'occurrence le VIH fait trauma dans la vie. Ensuite, nous avons observé

comment grâce à la verbalisation, au couple qui constitue un bouclier psychique pour le sujet, la présence active des parents et à travers l'élaboration d'un projet de vie, le sujet a réussi à mobiliser des ressources psychologiques qui ont favorisé l'accès à la résilience. Ainsi, avoir un projet de vie en situation traumatique permet de se tourner résolument vers l'avenir et d'amorcer un travail de deuil. Pour notre sujet, la présence de ses enfants et le désir de leur offrir un avenir ont favorisé la mobilisation des ressources intrapsychiques conduisant à la résilience. De ce fait, face à une situation aussi traumatique que l'annonce du VIH, il est possible de devenir résilient comme nous l'a si bien démontré Jeff. Que pouvons-nous dire de plus sur ce processus de maturation psychologique ?

## **DISCUSSION**

Sur le plan psychique, l'annonce soudaine du diagnostic positif au VIH a créé un choc, un traumatisme chez le patient. Partant de ce constat, le traumatisme se rapporte à l'événement de vie négatif. De ce fait, pour expliquer et comprendre les spécificités individuelles, il est fondamental d'élaborer une clinique de l'événement. C'est dans cette perspective que nous avons mené une étude clinique auprès d'un sujet diagnostiqué positif au VIH en se centrant sur son histoire de vie (annonce du VIH et vécu après l'annonce) pour montrer non seulement l'impact de l'événement mais surtout les ressources psychologiques mobilisées par le patient pour faire face et surmonter l'événement négatif de sa vie. Ainsi, cette annonce a véhiculé chez le cas Jeff une peur omniprésente de la mort, même si celle-ci n'est jamais annoncée avant la phase terminale (Lambotte, De Coster, De Gheest, 2007). Nous comprenons mieux ce qu'a observé Brocq (2006) lorsqu'elle affirme qu'après l'annonce d'une maladie grave et mortelle, les patients mobilisent des défenses psychiques en cherchant par différentes stratégies à « fuir » la réalité traumatique qu'ils ne parviennent toujours pas à comprendre et à apprivoiser. Tel est le cas de Jeff qui pour fuir cette réalité traumatisante a utilisé comme défense le clivage mais aussi le déni pour lutter contre l'angoisse. Du reste, le déni constitue un mécanisme de défense mobilisé par les sujets en situation de deuil, il se présente comme la première attitude mobilisée par les sujets face au traumatisme. Par ailleurs, les résultats de l'étude font état non seulement de l'acceptation du statut sérologique mais aussi d'une bonne élaboration psychique et d'un dépassement de la phase de sidération psychique, conditions fondamentales à une bonne résilience.

Après l'effraction par l'annonce traumatique de la séropositivité au VIH, nous avons pu constater que le recours aux mécanismes de défense, tels que le déni et le clivage, a permis d'encaisser et d'atténuer la violence et la souffrance de l'annonce. C'est d'ailleurs ce que soutiennent Lighezzolo et De Tychev (2004). Nous avons constaté chez notre cas une liaison des affects psychiques et représentations qui lui ont permis de bénéficier d'un travail d'élaboration mentale des tensions

généérées par le « trauma » : c'est la mentalisation du traumatisme. De ce fait, nous adhérons à la proposition de De Tychev (2001) selon laquelle la mentalisation reste le processus intrapsychique essentiel qui vient fonder la capacité de résilience. De plus, nous soulignons tout de même le rôle de l'humour, même si le cas n'en dit pas trop sur la question, sur le processus de la résilience. D'ailleurs, Vanistendael (2001), sociologue suisse lui attribue une place majeure dans les facteurs de protection. Il considère avec Lecomte (2000, p.12) que « *l'humour fournit un soutien bienfaisant à chaque fois que nous devons faire face à un décalage entre l'idéal et la réalité. Il nous offre une perspective acceptable de la situation difficile* ». Autrement dit, l'humour permet de dédramatiser les situations traumatiques comme le témoignent les propos de Jeff : « *il y a les préservatifs, on devrait en fabriquer avec des dessins amusants afin de rendre plus agréable l'harmonie sexuelle* ».

Pour finir, nous retiendrons l'apport, non négligeable, de sa femme, de ses parents et de ses enfants dans les facteurs psychologiques l'ayant aidé à surmonter la maladie. En effet, les facteurs couple, compagne, enfants et parents peuvent être vus comme des « tuteurs de résilience » (Manciaux, 2001) dans la mesure où ils peuvent être considérés en tant que ressources externes ayant pris la place de « prometteurs de résilience. Outre, ces quatre composantes, il est intéressant de souligner l'apport particulier des émotions positives qui l'ont aidé à gérer et à affronter le stress face à l'infection à VIH. En effet, l'intérêt porté à ses enfants et à sa compagne mais aussi l'intérêt que les autres lui accordent, l'espoir, la gratitude et l'affectivité positive ont favorisé chez ce dernier une perception globale de la situation le conduisant à se projeter dans le futur même en se sachant infecté.

Ces émotions lui ont permis de créer des ressources personnelles ayant contribué au processus de résilience. Le présent résultat rejoint celui de Reed, Hu et Tugade (2017) qui montrent un effet bénéfique des émotions positives sur le processus de résilience. L'affect positif et la résilience sont un bon pronostic pour la santé mentale. Ils constituent de ce fait des ressources psychologiques et cognitives qui sont construites grâce à l'expérience des émotions positives favorisant ainsi une plus grande résilience face aux événements de vie négatifs. L'espoir, la gratitude, l'affectivité positive ont joué un rôle primordial dans l'adaptation au nouveau statut. Associées aux facteurs de résilience relevés dans le récit de Jeff, ils l'ont préparé à lutter et à réfléchir sur sa capacité à penser les événements importants de sa vie. Ils ont également amélioré son bien-être (Fredrickson, 2001). Par ailleurs, le cas Jeff a, dans sa nouvelle perception du monde, intégré l'événement dramatique, la maladie du VIH. Dans cette nouvelle existence, on relève une élaboration d'un projet de vie du sujet qui ressent un besoin de projection dans le sens de la continuité tout au long de sa vie. Boutinet (1998) fait correspondre le projet de vie aux valeurs à promouvoir, aux finalités à privilégier vu qu'il va finalement amener l'individu à faire des choix existentiels, des options à arrêter s'il ne veut pas que l'aléatoire des événements tranche à sa place. A cet effet, à travers son projet

de vie, notamment celui d'assurer l'avenir de ses enfants, Jeff a su puiser en lui des ressources pour faire face à la maladie et la surmonter. A cela, Il ne faut tout de même pas ignorer l'importance capitale des émotions dans la gestion du stress généré par la maladie grave et/ou chronique.

Les études de Fredrickson, (1998, 2001, 2013) mettent en évidence les effets significatifs que les émotions peuvent avoir sur la santé physique et psychologique. Il est alors possible de comprendre que les émotions positives aident à étendre le répertoire pensée-action, donc des processus cognitifs qui supposent non seulement l'élargissement de l'attention, mais aussi de la créativité et de la flexibilité mentale et/ou cognitive. Ces mutations accroissent donc l'efficacité des stratégies d'affrontement du stress et de résolution des situations conflictuelles afin d'améliorer la résilience sur le plan mental. C'est dans ce sens que Reed, Hu et Tugade (2017) ajoutent que le maintien sur une certaine durée des émotions positives s'intègrent au répertoire pensée-action de l'être humain et se transforment en ressources personnelles. Ainsi, l'existence des émotions positives dans la vie quotidienne reste un moyen non seulement d'améliorer la santé mentale, grâce à de meilleures stratégies de gestion du stress, mais aussi la santé physique par la consolidation des systèmes immunitaire et cardiovasculaire.

## **CONCLUSION**

Retenons au final que l'annonce de la séropositivité au VIH peut remettre en question l'équilibre général de chaque individu et par conséquent bousculer également la capacité de résilience de chacun. Il est important, dans ce cas, de ne pas voir la maladie comme une fatalité quelle que soit la sévérité ou le pronostic. Car chaque individu est unique. Dans cette logique, Cyrulnik (1999) a rappelé que le malheur n'est pas une fatalité et que rien n'est définitivement inscrit, on peut toujours s'en sortir. Face au traumatisme de l'annonce, les ressources internes et externes de Jeff lui ont permis de bénéficier d'un bon étayage par notamment la verbalisation et l'expression des sentiments douloureux liés à l'infection à VIH. Jeff a su mettre une distance entre le vécu traumatique de l'annonce afin d'amorcer psychiquement le travail de deuil. L'élaboration psychique, la capacité à mentaliser, les émotions positives et l'humour ont certainement aidé l'accomplissement des mécanismes de défenses permettant ainsi au sujet de sortir du vécu traumatique lié à l'annonce dans lequel il était plongé : sur le plan professionnel, il continue d'exercer en tant que laborantin et sa situation affective et familiale s'est nettement renforcée.

A travers cette étude, nous avons pu constater que la bonne capacité à mentaliser, le type d'attachement familial singulier basé sur l'interdépendance et l'engagement amoureux constituent des facteurs fondamentaux de la résilience chez le sujet pour surmonter la maladie et faire face au corps infecté, puis au deuil

du désir d'enfants.

La recherche a clairement démontré les effets bénéfiques de la famille face à la maladie grave. Aussi, les résultats de l'étude montrent le rôle central des émotions positives dans la gestion du stress favorisant ainsi une bonne santé physique et mentale. La recherche future pourrait examiner l'impact des émotions sur l'observance du traitement antirétroviraux chez les personnes infectées à VIH.

## REFERENCES

- Anaut, M. (2002). Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance. *Connexions*, 1(77), 101-118. <https://doi.org/10.3917/cnx.077.0101>
- Atta, K. (2012). Approche psycho qualitative du VIH/sida en contexte africain : cas du vécu de l'infection chez des patients du Service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) d'Abidjan. *Recherches qualitatives en contexte africain*, 31(1), 130-151.
- Barak, Y. (2006). The immune system and happiness. *Autoimmunity Reviews*, 5 (8), 523-527.
- Bourdet-Loubère, S. § Mazoyer, A.-V. (2012). Facteurs de résilience chez les femmes atteintes par le VIH en assistance médicale à la procréation. *Connexions*, 2(98), 165-178. <https://www.cairn.info/revue-connexions-2012-2-page-165.htm>
- Boutinet, J. P. (1998). *Anthropologie du projet*. Paris P.U.F.
- Brocq, H. (2006). Annonce du diagnostic d'une maladie grave : potentialités traumatiques et prise en charge psychologique. *Revue Neurologique*, 162(2), 104-107.
- Cramer, B. (1999). *Que deviendront nos bébés ?* Paris : Odile Jacob.
- Crocq, L. (1996). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob.
- Diwo, R. (2000). *Événements de vie, mentalisation, somatisation et tentative de suicide, Approche comparée à l'adolescence*. Thèse de doctorat en psychologie, Université Nancy 2. <https://hal.univ-lorraine.fr>
- Cyrułnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.
- Eiguer, A., (2009). La crise du couple : trois hypothèses théorico-cliniques alternatives », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1(42), 113-127. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapiefamiliale-2009-1-page-113>
- Ellis, L. § Hoskin, A. (2018). Familial depressive symptoms and delinquency: separate self-reports from mothers and their offspring. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1201-1215. <https://doi.org/10.1177/0306624x16678939>
- Fredrickson, B. L. (1998), What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300-319. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.300>. PMID:21850154
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.218>. PMID: 11315248; PMCID: PMC3122271.

- Fredrickson, B. L. (2013). Les émotions positives s'élargissent et se développent. Dans P. Devine, & A. Plant (dir.), *Advances in Experimental Social Psychology*, 47, 1-53. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407236-7.00001-2>
- Fustier, P. (2000). *Le lien d'accompagnement*. Paris : Dunod.
- Ionescu, S., Jacquet, M.-M § Lhote, C. (2003). *Les mécanismes de défense. Théorie et clinique*. Lassay-les-Châteaux : Nathan.
- Garcia, V. (2008). *Le couple : espace identitaire à trois facettes*. Toulouse : Erès.
- Gouvernet, B., Combaluzier, S., § Viaux, J.-L. (2011). Les styles défensifs et perception des effets indésirables dans une population de 70 adultes séropositifs au VIH. *Médecine, Psychologie Et Maladies Infectieuses*. 41, 80-86.
- Lamotte, I., Coster (de), L. § Gheest, (de) Fr. (2007). Le traumatisme de la mort annoncée : transmissions entre soignants et parents face à la maladie grave d'un enfant. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 38, 99-115.
- Lemaire, J.-G. (1982). *Le couple, sa vie, sa mort*. Paris : Payot.
- Lighezzolo, J.§ Tychev, (de) C., 2004. *La résilience. Se (re)construire après le traumatisme*. Paris: In Press.
- Manciaux, M. (2001). *La résilience : résister et se reconstruire*. Genève : Médecine § hygiène.
- Mangione, J. (2017). Le couple face à la maladie grave. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 129(2), 29-34. <https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2017-2-page-29.htm>
- Montheil, M. (2017). Intime et intimité du couple face à la maladie grave : espace et temps du couple », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*. 129 (2), 53-66.
- Neuburger, R. (1994). *Le mythe familial*. Paris : ESF.
- Ngabolo, G. (2020). Annonce de la séropositivité au VIH : retentissement somatique et psychique de la violence chez un patient co-infecté VIH-tuberculose. Dans F. M. O. Nyama (co-dir.), *La violence au Gabon*, 107-134. Paris : L'Harmattan.
- Reed, Br.; Hu, Sh. § Tugade, M. M. (2017). Emotions positives et Résilience : effets des émotions positives sur le bien-être physique et psychologique. *Revue québécoise de psychologie*, 38(2), 5-19. <https://doi.org/10.7202/1040768ar>
- Richa, S. (2006). Impact psychologique des maladies chroniques. *Annales de philosophie et des sciences humaines*, 22, 325-333.
- Rivest, R. (2011). La résilience : apprendre à rebondir après l'épreuve. *Gestion*, 36(2), 13-
- Rusniewski, M. (2016). La voix des personnes face à la maladie grave. *Revue internationale de soins palliatifs*. 31 (1), 1-69.
- Singly (de), Fr. 1996, *Le soi, le couple et la famille*. Paris : Nathan.
- Tychev (de), C. (2001). Surmonter l'adversité : Les fondements dynamiques de la résilience. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 16, 49-68.

B. MATAMBA épouse NYAMA : Clinique du VIH, projet de vie et processus de résilience ...

Vanistendael, S. § Lecomte, J. (2000). *Le bonheur est toujours possible. Construire la résilience*. Paris : Bayard.

Vanistendael, S. (2001). Humour et résilience : le sourire qui fait vivre. *La résilience : le réalisme de l'espérance* / sous la dir. de M.P. Poilpot, 161-195. Ramonville Saint-Agne : ERES.

Villatte, A. ; Piche G.§ Habib, R. (2021). Comment soutenir la résilience des jeunes en transition vers l'âge adulte qui ont un parent atteint d'un trouble mental ? Ce qu'en pensent les jeunes concernés. *Revue internationale de la résilience des enfants et des adolescents*, 8(1), 1-18.