

**REVUE INTERNATIONALE DES SCIENCES
HUMAINES ET SOCIALES (RISHS)
INTERNATIONAL REVIEW OF HUMAN AND
SOCIAL SCIENCES (IRHSS)
VOLUME 11, NUMÉRO 11, JUILLET 2022**



Sciences humaines et sociales



VARIA

coordonné par

RAOUL EHODE ELAH
ERICK SOURNA LOUMTOUANG



Ministère de la recherche
scientifique et de l'innovation

ISSN (Version imprimée) : 1966-5199
ISSN (Version électronique) : 2664-732X



Centre national d'éducation

**REVUE INTERNATIONALE DES SCIENCES
HUMAINES ET SOCIALES (RISHS)
INTERNATIONAL REVIEW OF HUMAN AND
SOCIAL SCIENCES (IRHSS)
VOLUME 11, NUMÉRO 11, JUILLET 2022**



Sciences humaines et sociales

VARIA

coordonné par

RAOUL EHODE ELAH
ERICK SOURNA LOUMTOUANG



Ministère de la recherche
scientifique et de l'innovation

ISSN (Version imprimée) : 1966-5199
ISSN (Version électronique) : 2664-732X



Centre national d'éducation

Directeur de publication :

MFORTEH Stephen AMBE, Professeur/Université de Yaoundé I/Chef du Centre national d'éducation (Cameroun).

Comité éditorial :

Raoul EHODE ELAH et Erick SOURNA LOUMTOUANG

Comité scientifique :

MFORTEH Stephen AMBE, Professeur, Chef du CNE, MINRESI ; Anyang Sarah AGBOR, Professor, University of Yaoundé I ; Titanji Peter FON, Professor, University of Bamenda ; Gilbert Lamblin TAGUEM FAH, Professeur, Université de Ngaoundéré ; Samuel EFOUA MBOZO'O, Professeur, Université de Yaoundé 1 ; André TASSOU, Professeur, Université de Yaoundé 1 ; Nathan ONANA NOAH, Maître de conférences, Université de Maroua ; Alexis TAGUE KAKEU, Maître de conférences, Université de Yaoundé 1 ; Faustin KENNE, Maître de conférences, Université de Yaoundé 1 ; Zacharie SAHA, Maître de conférences, Université de Dschang ; Carole Valérie NOUAZI KEMKENG, Maître de recherche, CNE, MINRESI ; Serge Frédéric MBOUMEGNE NDZESSEU, Maître de Recherche, CNE, MINRESI ; Raphaël BATENGUENE ASSIL, Maître de conférences, Université de Douala ; Albert JIOTSA, Maître de recherche, CNE, MINRESI ; Martial JEUGUE DOUNGUE, Maître de Recherche, CNE, MINRESI ; Williams POKAM KAMDEM, Maître de Conférences, Université de Dschang ; FOMBE Lawrence, professeur, Géographie, Université de Buea ; FOUOPI Constant, Professeur, Université de Yaoundé II ; GONNE Bernard Professeur, Université de Maroua ; GUIMDO DONGMO Bernard-Raymond, Professeur, Université de Yaoundé II ; HAMADOU ADAMA, Professeur, Université de Ngaoundéré ; KUM AWA, Professor, Université de Yaoundé I ; LAMBI Cornelius, Professeur, Université de Buea ; LEKA ESSOMBA Armand, Maître de conférences, Université de Yaoundé I ; MACHIKOU NGAMENI Nadine, Professeur, Université de Yaoundé II ; MAYI Marc Bruno, Professeur, Université de Yaoundé I ; MIMCHE Honoré, Professeur, Université de Yaoundé II ; NJIEUNDE Germain, Professeur, Université



de Yaoundé II ; NJIKAM NJIFOTIE Abdourahman, maitre de recherche, CNE/MINRESI.

Comité de Rédaction

Coordonnateur : EHODE ELAH Raoul, Chargé de recherche, CNE-MINRESI

Coordonnateur adjoint : SOURNA LOUMTOUANG Erick, Maître de recherche, CNE-MINRESI.

Membres

José Donadoni MANGA KALNIGA (CNE-MINRESI) ; Gaston BESSALA (CNE-MINRESI) ; Raoul EHODE ELAH (CNE-MINRESI) ; Reine FOSSO SIMUN (CNE-MINRESI) ; MUSIMA OKIA Timothy (CNE-MINRESI) ; Terence KIWOH (Université de Buéa) ; Protais NKENGUE ABEGA (CNE-MINRESI) ; Honoré FOUHBA (CNE-MINRESI) ; Saliou ABBA (CNE-MINRESI) ; Hervé MVONDO (CNE-MINRESI) ; Marie Désirée NOGO (CNE-MINRESI) ; Daniel NANA KOMEY (CNE-MINRESI) ; Ivo TAWÉ TASSAH (CNE-MINRESI) ; TEGUIA BOGNI (CNE-MINRESI) ; Timothy Musima OKIA (CNE-MINRESI); TEGUIA BONI Frédéric (CNE-MINRESI) ; Moïse MBEY MAKANG (CNE-MINRESI) ; Victorine NZINO MOUNONGO (CNE-MINRESI) ; Alain Hugues OBAME (CNE-MINRESI).

Secrétariat de rédaction / Montage et édition / Mise en ligne :

Nicolas OWONA NDOUNDA (CNE-MINRESI) et TIEMENI SIGANKWE (CNE-MINRESI)

**Les opinions exprimées dans les articles de ce numéro
n'engagent que leurs auteurs et ne sauraient refléter la
position du Centre National d'Éducation**

**The opinions expressed in this journal are those of the
authors and do not necessarily represent those of the
National Centre for Education.**



Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Torture, frustration and trauma in sarah kane's cleansed and psychosis Par Ernest L. VEYU | 4.48 1 |
| Rupture ou recomposition des variables d'accès à la résidence au Nord-Cameroun Par José Donadoni MANGA KALNIGA | 21 |
| La prise en charge psychologique des personnes vivant avec le vih/sida au cameroun : abord de la problématique et présentation de quelques possibilités d'approche Par D. D. NDOMBI & F. M. KONDO MOUNGOLE MAKAKE..... | 47 |
| Généralisation ou contamination dans le français parlé de certains étudiants de l'université de Ngaoundéré Par Moïse MBEY MAKANG..... | 67 |
| The ghost of winnie madikizela-mandela: exhuming the female spirit in apartheid resistance discourses Par ZUHBOSHI Eric NSUH | 95 |
| La piraterie des films au nord-cameroun, entre acteurs, facteurs et impacts Par Honoré FOUHBA | 119 |
| Le régionalisme africain en matière de santé dans le contexte de gestion de la covid-19 : perspectives institutionnelles et opérationnelles Par F. NGOUNMEDJE, M. JEUGUE DOUNGUE & C. V. NOUAZI KEMKENG..... | 147 |
| Les agriculteurs contractuels au nord cameroun : entre conformisme et bricolage des règles du jeu Par G. NENBARA GOLDONG KAOGA et N. ONANA NOAH | 181 |

L'abri sous roche de nkomeyos (cameroun meridional) : datations
radiocarbone et occupations humaines depuis 3000 ans
Par Jean Robert MANDENG 199



La prise en charge psychologique des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Cameroun : abord de la problématique et présentation de quelques possibilités d'approche

*Dieudonné Désiré NDOMBI
Freddy Maxence KONDO MOUNGOLE MAKAKE*

Résumé

L'infection de l'organisme par le VIH est une attaque virale qui met la vie de la PVVIH en danger si rien n'est fait. Cette situation a souvent tendance à imposer en milieu hospitalier camerounais, dépourvu de moyens pour diversifier le personnel, une lecture nosologique du patient VIH, comme une personne présentant uniquement des troubles organiques. Alors que le VIH/SIDA est aussi pour plusieurs raisons, un facteur de risque psychologique à caractère tout autant léthal pour les patients. Ce potentiel de risque psychologique nous amène à rappeler quelques possibilités de prise en charge non biomédicales pouvant être mises en pratique chez la PVVIH.

Abstract

The body infection by HIV is viral attack that puts life in danger if nothing is done. This situation has almost tendency to impose in the Cameroonian hospital environment characterize by the lack of means to diversify his staff, a nosological viewpoint of PLWHIV, as patients presenting only organic disorders, whereas the HIV/ AIDS is also for many reasons a factor of psychological risk capable of killing. This potential of psychological risk leads us to recall some possibilities of non – biomedical therapies that can be used in medical care of PLWHIV.

Introduction

Le SIDA (Syndrome d'Immuno Déficience Acquise) est une maladie causée par un virus, le VIH (Virus d'Immuno Déficience Humaine) qui attaque les anticorps de l'organisme et le rend incapable de se défendre contre toute invasion microbienne. Du fait que ce syndrome appartienne à la catégorie des maladies organiques qui nécessite de prime abord une prise en charge médicale dans des hôpitaux spécialisés, il cristallise souvent des conflits qui peuvent apparaître dans le traitement et le suivi des patients VIH, entre médecins et psychologues. Il ne s'agit pas de conflits potentiels sur la primauté d'un corps de métier devant participer à la prise en charge de la PVVIH, mais des conflits qui se structurent sur l'exclusivité du traitement tout en remettant au goût du jour la problématique de la confiscation et du refus du corps par la médecine à la psychologie (Descamps, 1986). Pourtant dans l'annonce de la séropositivité, on voit le risque psychologique apparaître tout de suite chez la PVVIH (VIH, 1996). Ce qui n'exclut pas que ce risque s'exacerbe et accompagne la PVVIH tout au long de son parcours. Toute chose qui ne puisse justifier que le plus grand compromis existant sur la prise en charge dans le VIH/SIDA, entre la médecine conventionnelle, la psychologie soit exclusivement le counseling, parce qu'il est pratiqué par tous, sans exception de spécialité dans notre environnement hospitalier au Cameroun.

Dans la conjoncture actuelle où l'insuffisance de moyens financiers peut constituer une menace dans l'organisation du traitement des PVVIH, en termes de restriction de l'éventail des prises en charge et des recrutements des types de praticiens impliqués sur la santé des séropositifs, la prise en charge psychologique mérite d'être rappelée et revisitée dans le VIH/SIDA. Mais avant d'aborder ce sujet, il importe d'insister sur ce qui lui donne sa place dans le traitement du VIH/SIDA.

1. La PVVIH dans son vécu potentiellement problématique : un risque psychologique avéré

L'expérience de la PVVIH dans sa maladie est difficile. Elle l'est à cause des facteurs que sont la maladie et son traitement, l'entourage tant extérieur que familial et de la PVVIH elle-même dans son idiosyncrasie. Il est important d'apporter quelques détails sur la question dans cette partie.

1.1. Vécu problématique lié à l'annonce de la séropositivité

Avant d'atteindre la phase de la transaction et de l'intégration qui représente des niveaux d'équilibre psychologique souhaitables pour la PVVIH qui vient de connaître sa séropositivité, l'annonce de ce nouveau statut sérologique constitue pour toute personne faisant face au VIH/SIDA un moment de risque psychologique majeur. Cette épreuve psychique apparaît tout de suite à travers les réactions qui suivent cette annonce et que nous pouvons préciser plus en détails.

- **L'État de choc** : C'est un moment d'effondrement ou de sidération très marqué. L'impact de l'annonce est très fort et brutal pour laisser le sujet indemne. Il submerge ou envahit la totalité des capacités de défense psychique de la personne qui est débordée par les implications de cette annonce. À cet instant précis la personne éprouve des sentiments de stupeur, de trou noir, de torpeur, de perte de sensations extérieures : « *je n'entendais plus rien* » ; « *j'étais sonné* » ; « *tout s'est effondré* ». La personne n'est plus réceptive à son environnement même immédiat et à tout ce qui l'entoure.
- **Le déni** : Une réaction alternative qui peut suivre cette annonce est le refus d'accepter le résultat du test positif au VIH : « *Non ce n'est pas possible !* », « *quelqu'un s'est trompé* », « *je n'y crois pas* ». L'étape du déni est parfois incontournable et le déni se comporte comme un fusible face à une réalité trop difficile à accepter à l'instant.

- **La colère** : La colère est une réaction de défense élaborée et atteste d'un début d'intégration de l'annonce de la séropositivité. Elle se manifeste par des réactions verbales mal tolérées par l'entourage. La colère peut être dirigée vers l'extérieur, accompagnée d'une recherche d'un coupable ou d'un bouc émissaire ; « *si je retrouve celui qui m'a fait ça...* ». La personne éprouve un ressentiment envers l'altérité. Les médecins qui font mal cette annonce, ou la société toute entière qui ne fait pas ce qu'elle devrait faire. La colère peut aussi être dirigée contre soi-même : « *c'est de ma faute, je n'ai que ce que je mérite* ».
- **Le repli** : C'est une étape advenant systématiquement à l'annonce de la séropositivité. Elle est très importante à considérer, au vu de ce qu'elle peut déterminer si on l'ignore. Cette étape peut passer inaperçue, et c'est à ce niveau qu'elle est dangereuse. La personne a subitement une propension à se replier sur elle-même, à ne pas sortir (claustration), à ne plus manger (anorexie). Ce moment d'isolement social peut servir à la PVVIH à se ressourcer, à renouveler les forces pour affronter le monde extérieur et trouver les mots pour expliquer son état. Mais c'est aussi au cours de cette étape qu'on peut rencontrer des idées suicidaires. Lors de cette étape le passage à l'acte peut se faire silencieusement, alors que lors de la phase de la colère les idées suicidaires seront plus verbalisées. Dans ce repli l'inappétence à la vie est marquée, la personne s'auto-déprécie, s'estime sans avenir et est sans désir.

1.2. Une personnalité mise à mal et un parcours nosologique jonchés de difficultés psychologiques

La personnalité peut être définie comme l'organisation dynamique des aspects intellectuels, affectifs, volitionnels, physiologiques et morphologiques qui distinguent un individu des autres (Lempérière et Féline, 1995). Cette entité, qui se traduit dans sa forme achevée par une structure de la personnalité, se présente à ce niveau comme une organisation psychique profonde, stable et définitive qui caractérise le sujet. Dans l'optique freudienne, la structure psychique est comparable à

un cristal minéral. Lorsque l'individu est éprouvé par l'adversité qu'elle soit intérieure ou extérieure (traumatismes psychiques, frustrations, conflits trop intenses), « *le cristal psychologique ne se briserait que selon la lignée de force et de rupture originelles, préétablies dans le jeune âge voire dans l'adolescence et ne pouvant plus varier par la suite* » (Lempérière et Féline, 1995 : 122-123). L'état de VIH/SIDA conférant à la personnalité séropositive un vécu de fragilité psychique qui l'expose aux traumatismes affectifs, aux frustrations et aux conflits de toutes sortes, on peut assister chez la PVVIH selon la description qui a été faite de l'organisation psychique, à une décompensation névrotique ou psychotique. Selon qu'elle ait une structure névrotique ou psychotique à la base (Bergeret, 1974). Il faut souligner qu'un sujet de structure névrotique ne pourrait développer qu'une névrose et un sujet de structure psychotique, qu'une psychose, suivant un principe de stabilité des structures qui rend impossible le passage d'une structure névrotique à une structure psychotique, et inversement.

À part cette situation structurelle que nous venons de présenter, les PVVIH sont exposées à des problèmes d'image du corps qui déteignent à la fois sur le psychologique, le biologique, et le social (Schilder, 1967), à travers des préoccupations et d'autres difficultés que nous allons évoquer en passant.

L'une des préoccupations qui revient toujours chez les PVVIH qui n'ont pas encore fait l'expérience de la maternité ou qui veulent avoir plus d'enfants ou enfin qui ont perdu leur progéniture avant de connaître leur statut sérologique, est de savoir si elles peuvent encore accéder à une maternité sans danger pour leur fœtus, ou à une maternité tout simplement. Si elles insistent sur ce sujet c'est parce qu'elles présentent souvent des aménorrhées non gravidiques qui perdurent et font penser à une ménopause précoce ; une réalité qui très anxiogène. De surcroît les PVVIH vivent des sentiments de culpabilité parce qu'elles se représentent comme étant des femmes qui donnent à la fois la vie et la mort. La maternité représente pour elles la force de Eros (pulsion de vie) opposée et liée à celle de Thanatos (Moulinier, 1998).

Il faut dire aussi qu'au-delà de la survivance transgénérationnelle que l'homme recherche à travers la procréation (Moulinier, 1998 : Boumpoto, 2001), de l'objectif inaliénable de reproduction que certaines sociétés imposent à la femme comme conditions de stabilité conjugale, la quête obsessionnelle de la maternité de la femme PVVIH traduit souvent l'angoisse de perte d'amour qu'elle vit très souvent. Pour une raison simple que son corps qui est attaqué par le VIH est en proie à une perte de féminité et de séduction sexuelle, ne serait-ce qu'au niveau de ses représentations cognitives.

Les symptômes corporels du VIH/SIDA avec une menace permanente redoutée ou réelle, de trouble cachectique amènent souvent, les PVVIH à se représenter comme des personnes vivant dans un monde clivé en deux (Plantade, 1997) : les mauvais objets qu'elles sont et les bons objets que représentent les autres supposés saines et belles. Cette idée est renforcée par les stigmatisations dont elles peuvent faire l'objet, et parfois leurs difficultés à se conformer aux canons esthétiques de morphologie et d'aspects corporels idéalisés par la société et les médias, du fait de leurs corps flétris, voire difforme et couverts de stigmates cutanés que certains traitements leur causent. Dans ce dernier cas elles sont obligées de couvrir leurs corps entièrement dans ce climat de craintes dysmorphobiques qui les empêche de l'exhiber dans une société où l'exhibitionnisme du corps est idéalisé dans l'affirmation de la beauté et la satisfaction des fantasmes des voyeurs censeurs de l'esthétique corporelle (Bihl et Phefferkorn, 1996 ; Le Breton, 1996 ; Saliba, 1996). Dans ce contexte on comprend pourquoi « *chez certaines femmes, la lipodystrophie est perçue comme une perte de leur féminité et de leur séduction* » (Linard et Jacquemin ; 2007 :223) ; une réalité qui est aussi comme facteur d'isolement social important.

Somme toute le VIH/SIDA cause beaucoup de difficultés tant sur l'image du corps que sur la sexualité qui prend un coup dans la créativité et l'insouciance que vivaient les couples avant cette pathologie chronique (Meystre-Augustoni, Thomas et al. 1998). Cette réalité est un facteur de risque psychologique important qui peut s'ouvrir sur des troubles psychiques ou psychiatriques avérés.

1.3. Les troubles psychologiques et quelques manifestations psychiatriques dans le VIH/SIDA

Dans cette sous-partie nous allons passer en revue les troubles psychologiques et quelques manifestations psychiatriques rencontrés dans le VIH/SIDA.

1.3.1. Les troubles psychologiques rencontrés dans le VIH/SIDA

On peut répertorier parmi ces troubles :

- **Le stress** : il renvoie simultanément à une situation agressive et à ses conséquences physiques immédiates. C'est l'ensemble des perceptions d'impuissance et de malaise qui envahissent l'individu face à des événements difficiles à maîtriser (Paulhan et Bourgeois, 1995). Le stress est plus ou moins présent dans toutes les maladies et le SIDA n'en fait pas exception. Pour une personne atteinte de ce syndrome, les occasions de stress sont multiples : apparition ou persistance de certains symptômes, relation aux proches ou avec le milieu socioprofessionnel, difficultés sociales et financières, etc. Très souvent la personne infectée se met aussi en situation de stress face à l'évolution d'un symptôme corporel, compte tenu du retentissement que cela peut avoir sur son image corporelle, en rapport avec toute menace de perte de séduction sexuelle. Pour faire face à ce stress les PVVIH emploient comme type de coping le repli sur soi, en se mettant à l'abri de toute information, elles se limitent au présent et évitent toute projection dans un futur dangereux.
- **L'anxiété** : c'est une émotion s'accompagnant de symptômes physiques et psychiques. L'anxiété est un sentiment de malaise psychologique permanent qui existe en l'absence de toute cause réelle ou en exagérant la réalité d'une menace. L'anxiété s'accompagne d'une gêne physique énorme : sensation d'étouffement, de boule pharyngée, fatigue musculaire, etc. L'anxiété peut aussi se manifester par la tachycardie, des troubles digestifs (nausées, diarrhée) ou de sommeil (Insomnie). Ce trouble émotionnel est très fréquent chez les PVVIH. Il est lié aux assauts

répétés d'émotions négatives dont elles font l'objet. Le VIH/Sida entretenant un terrain favorable pour ce trouble. L'inhibition peut être l'une des conséquences de l'anxiété. Elle perturbe le fonctionnement tant intellectuel, relationnel que comportemental du sujet, et peut l'amener par exemple à ne pas respecter ses rendez-vous à l'hôpital à avoir une mauvaise compliance. A l'inverse l'anxiété peut déclencher une hyperactivité souvent chargée d'agressivité et contre-productive.

- **Les troubles d'humeur** : les PVVIH font souvent face aux troubles d'humeur. Ces troubles peuvent être réactionnels ou être liés à la survenue d'effets indésirables dûs au traitement antirétroviral. On observe souvent dans le discours et/ou dans l'attitude du séropositif qui vient consulter, des éléments qui indiquent chez lui, la présence d'un sentiment dépressif : tristesse, pessimisme, sentiment d'impuissance et d'inutilité, aboulie etc.

Ce problème d'humeur n'est pas stable, il varie en fonction du cours que prennent les événements et les difficultés rencontrées. La PVVIH étant dotée de capacités cognitives, elle traite l'information de son environnement, relative à son état, ses soins, ses perspectives d'avenir, à ce que les autres pensent ou disent d'elle (parfois sur un mode hallucinatoire) et y répond de manière inadaptée par des solutions peu élaborées qui rendent compte de son déséquilibre psychologique.

- **Les troubles de la conscience** : il peut arriver que la PVVIH dorme peu et/ou fasse des cauchemars. Ceci est la résultante d'un vécu traumatique du sujet qui n'arrive pas à intégrer son nouvel état en tentant de maintenir à l'écart une partie de lui-même. On entend par « *traumatiques les excitations extérieures assez fortes pour rompre la barrière représentée par le moyen de protection* » (Freud, 1967 :36). Les troubles de la conscience nocturnes sont à mettre en rapport avec la conscience diurne. Au moment de la période d'éveil, les représentations obsédantes font référence de manière permanente au Moi social, corporel et psychologique du sujet. Il apparaît difficile pour la PVVIH d'écarter voire de filtrer ces représentations qui marquent un envahissement massif du champ conscient par les contenus

du préconscient, y compris un fléchissement des mécanismes de résistance.

1.3.2. Les manifestations psychiatriques du VIH/SIDA

Les manifestations psychiatriques surviennent généralement au stade de SIDA avéré et peuvent être considérées comme étant les premiers symptômes. Elles sont liées à une atteinte cérébrale d'origine organique, quel que soit sa nature. Il faut souligner l'importance dans ce type de trouble, du rôle de l'entourage pour déceler les anomalies pour une consultation du médecin ou du psychiatre, car le sujet qui est pris dans son monde, n'est pas toujours conscient de sa maladie, même s'il peut accepter qu'il est angoissé, ce qui peut être un moyen qui puisse l'amener à consulter. On peut observer plusieurs formes de manifestation psychiatriques dans le SIDA.

- **Les manifestations délirantes** : dans ce trouble le sujet est détourné de la réalité et se localise plus ou moins dans son système de pensées qui est dissident du réel, avec conviction souvent très forte. On remarque un délire par ses mécanismes, c'est-à-dire les moyens que le sujet utilise pour construire ses idées délirantes et aussi les thèmes exprimés. En guise de précision on peut avoir comme mécanismes.
- **Les hallucinations** : Des perceptions sans objet à percevoir qui sont fréquentes dans les manifestations délirantes du VIH. Ces hallucinations peuvent être ressenties soit par les organes de la perception (vision, audition, touché, etc., moins souvent par le goût, et l'olfaction), soit plus directement dans la pensée. Ainsi dans les hallucinations auditives le sujet perçoit des bruits ou des paroles, il « *entend des voix* » qui somme toute ne sont perceptibles que par lui-même.
- **L'interprétation** : Le sujet perçoit un fait réel et objectif, mais lui donne une explication fautive et factice. Par exemple si dans un car de

transport quelqu'un qui cause au téléphone éclate de rire, il peut interpréter ça comme un signe de moquerie contre lui.

- **L'intuition délirante** : c'est un fait qui s'impose de manière irrésistible au sujet et auquel il adhère immédiatement par l'imagination.

Les thèmes sont innombrables, mais ceux qui sont fréquemment rencontrés se rapportent à : la persécution, la grandeur, la passion (jalousie, revendication), l'hypocondrie (sensation de transformation corporelle, de métamorphose, etc.) l'indignité et la culpabilité (dans la mélancolie).

Ces états sont marqués par une angoisse simultanée et importante, source d'agitation voire de passage à l'acte violent. Le risque de gestes agressifs à l'encontre de l'autrui immédiate (entourage) ou de raptus suicidaire demeure présent.

- **Les états maniaques** : il ne faut pas confondre les termes « *manie* » ou « *maniaque* » tels que le sens courant l'explique. En psychiatrie ils désignent non pas les sujets obsédés par la propreté et la méticulosité, mais ces états cliniques qui sont à l'opposé (l'inverse si l'on veut) de la dépression. Dans ce cas les sujets manifestent une exaltation euphorique débordante et très exacerbée. Ils sont en proie à l'agitation, ils sont fébriles, surexcités, loquaces ; ils font preuve de mégalomanie, se croient capables de tout et sont d'un enthousiasme sans frein. Bien que souffrant d'insomnie lors de cet épisode maniaque ils ne présentent jamais des signes de fatigue. Ces états sont souvent particulièrement difficiles à supporter pour l'entourage, qui fait le constat des dégâts sans pouvoir convaincre le sujet, qui, du reste ne s'est jamais senti aussi bien dans sa peau.
- **La confusion mentale** : c'est un trouble psychiatrique d'installation rapide, en quelques jours et même moins (VIH : 1996). La confusion mentale englobe comme symptômes des troubles de sommeil et de la vigilance. Le tout premier signe peut être une modification de l'alternance veille/ sommeil. Le patient manifeste une insomnie

nocturne teintée d'angoisse et d'agitation, mais dort toute la journée plus ou moins profondément. Ses gestes, ses propos sont marqués par une incohérence ; il vit une désorientation spatio-temporelle et donc perd la notion de temps et ne sait plus où il se trouve. Les troubles de la mémoire, la baisse des performances intellectuelles et des hallucinations visuelles viennent compléter ces symptômes. L'état confusionnel est marqué par une fluctuation assez remarquable et cette situation qui est vécue plus ou moins consciemment par le patient avec angoisse, le pousse à s'accrocher à la réalité, mais dans un effort vainement récompensé.

- **Les démences** : dans ce registre on peut classer les encéphalopathies à VIH, à CMV (Cytomégalovirus), etc. Les démences se caractérisent par des symptômes identiques à ceux de la confusion mentale, mais qui sont d'installation plus lente, progressive et insidieuse. Dans les démences il y a moins de troubles de sommeil et une atteinte plus progressive des facultés cognitives. Des troubles de comportement avec agitation ou à l'inverse, un ralentissement, avec un retrait et un appauvrissement des investissements sociaux et affectifs complètent parfois ce tableau.

Nous pouvons conclure en disant que le neurotropisme du VIH pour le système nerveux central (Sanchez-Valéro, 2003) et certaines molécules comme Efavirenz (Bary, David et al, 2004, Linard et Jacquemin, 2007) peuvent avoir un rôle important dans l'étiologie de certaines de ces manifestations psychiatriques (dépression, épisode maniaque ou psychotique aigu, etc.).

2. La prise en charge non biomédicale chez la PVVIH

Elle dépend du contexte de dépistage, des objectifs recherchés, de la qualité et la profondeur des troubles, ainsi que des acteurs impliqués dans les soins du malade.

2.1. Le counseling

Le counseling est une relation d'aide basée sur un entretien confidentiel entre un client et un conseiller, visant à permettre au client de surmonter son stress et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH/SIDA par exemple.

Le counseling permet l'évaluation du risque personnel de transmission du VIH et la facilitation de l'adaptation d'un comportement allant dans le sens de la prévention. D'après Kakou, Soumahoro et Ouattara (1997 :34) le counseling a pour objectif de :

- donner des informations claires et précises sur le VIH et la Sida ;
- aider le conseiller à prendre des décisions pour mettre en œuvre des mesures de prévention ;
- aider le client à gérer le poids psychologique du VIH/ Sida et lui apporter un soutien sur le plan social.

Le counseling peut se diviser en conseil pré-test et en conseil post-test. Le conseil pré-test a pour but principal d'obtenir l'adhésion du patient au test par consentement éclairé. Mais il peut aussi permettre au conseiller de :

- établir un climat de confiance avec le client ;
- évaluer les connaissances du patient sur le VIH/Sida ;
- évaluer les risques du patient ;
- aider le patient à choisir un plan d'action de prévention pour l'exécuter ;
- chercher à déceler le profil psychologique du patient pour prévoir ses réactions à l'annonce du résultat au test, etc.

Le conseil post-test qui est en général l'annonce du résultat comporte deux objectifs majeurs :

- amener le patient à assumer son résultat en lui faisant comprendre en cas de résultat positif, la différence entre séropositivité et Sida, et lui

faire prendre conscience des précautions à prendre sur le plan de la sexualité et de l'hygiène pour améliorer sa qualité et son espérance de vie ;

- renforcer les messages de prévention pour réduire chez le patient les risques de sur contamination s'il est positif ou de contamination tout court s'il a été testé négatif.

Dans le prolongement de ce counseling pré et post test une prise en charge psychologique peut aussi être bénéfique sur les problèmes auxquels la PVVIH peut être confronté.

2.2. La prise en charge psychologique chez la PVVIH

Nous allons parler essentiellement des psychothérapies adaptées à certains problèmes auxquels les PVVIH font face, principalement à cause de leur statut.

Les psychothérapies utilisées dans le soulagement des maux dans le VIH/Sida sont nombreuses. Et on peut citer quelques-unes : la relaxation, l'EMDR, les psychothérapies brèves, les psychothérapies de soutien, les thérapies familiales, les groupes de parole, etc.

La relaxation a pour but l'acquisition d'une détente physique liée à une domination mentale des idées anxieuses et obsédantes. Il existe plusieurs méthodes de relaxation, mais les plus connues sont la relaxation de Jacobson et le training autogène de Schultz. « *La méthode de Jacobson consiste en de longs exercices visant à l'apprentissage de la régulation du tonus par l'alternance tension-détente. La relaxation musculaire progressive de Jacobson est une technique qui permet à une personne de devenir consciente des niveaux de tension dans différents groupes de muscles de son corps. Une fois la tension perçue, on se sert de la relaxation pour réduire la tension dans la région affectée* » (Fischer et Tarquinio, 2006 :32). La méthode de Jacobson se focalise dans une certaine mesure sur la réalité corporelle. Mais la méthode de Schultz va au-delà de cette réalité tonique ; c'est en quelque sorte la résultante d'une concentration mentale du sujet à l'écoute de son propre corps, avec une concentration stimulée par l'autosuggestion. Le but de la méthode est d'entraîner l'individu à une « *autohypnose fractionnée où il observe intensément ses propres fonctions physiologiques, s'identifie avec elles... Le monde extérieur et la réalité s'éloignent, les pensées deviennent des visions...* » (Schultz, 1979 : 42).

L'EMDR (Eye Movements Desensitization Reprocessing) ou encore la Désensibilisation et le Retraitement par Mouvement Oculaire, en Français est une approche psychothérapique qui part du postulat que le psychisme a la capacité de métaboliser la majorité des vécus traumatiques. En principe il s'agit à partir d'une demande de ré-évoation perceptive d'événements traumatiques non résolus (cauchemars, flash-back, mal de tête, angoisse ou pensées intrusives) qu'on a vécu, de stimuler le système de traitement des informations, de manière à ce que le trauma soit traité convenablement. Ce processus de traitement suscite des prises de conscience, les associations se mettent en place, la personne apprend ce qui lui est utile et les émotions appropriées s'imposent à l'esprit du sujet. En dehors d'autres situations pathologiques habituelles et connues (traumatisme psychique, troubles anxieux, phobiques et dépressifs associés, plaintes somatiques, etc.) réputées être prises en charge par l'EMDR, des maladies graves telles que le cancer et le Sida peuvent l'être aussi. L'EMDR peut permettre en particulier pour le Sida, de retrouver la maîtrise de la vie ou tout simplement de passer l'épreuve des soins médicaux après l'annonce de la séropositivité.

Les psychothérapies brèves et de soutien sont d'autres qui peuvent être utilisées avantageusement dans le VIH/Sida. **Les psychothérapies brèves** sont une classe de thérapies psychiques qui ont en commun le souci de régler un problème efficacement en quelques séances, dix généralement. Elles sont indiquées dans des situations de crise de vie, les épisodes psychopathologiques aigus, les états anxieux chroniques, les pathologies du caractère, la névrose d'échec ou d'abandon, toute situation qu'on peut rencontrer dans le Sida. **Les psychothérapies de soutien** quant à elles regroupent un ensemble de techniques qui visent à aider à surmonter une crise et à rétablir son équilibre antérieur. Si les psychothérapies brèves ont pour but de faire vite disparaître les symptômes, celles dites de soutien ont pour objectif de rétablir rapidement l'équilibre psychologique du patient et d'obtenir la plus grande amélioration symptomatique possible, de renforcer les défenses et d'améliorer l'adaptation du patient en milieu extérieur.

Dans le VIH/Sida on peut aussi recourir avec beaucoup d'intérêts à la **thérapie familiale**, qu'elle soit d'essence psychanalytique ou systémique. C'est une psychothérapie qui repose sur l'hypothèse que si une personne a un trouble, c'est parce qu'il y a un dysfonctionnement familial (Nogaret,

2004). Son objectif est de créer une nouvelle dynamique pour limiter voire faire disparaître les relations pathogènes entre les membres de la famille. Cette thérapie est indiquée particulièrement dans des situations de rejet et de stigmatisation de la PVVIH en famille, mais aussi en cas de maltraitance. Elle utilise souvent comme technique la prescription de comportements à mettre en pratique en milieu familial, mais aussi le psychodrame.

Le groupe de parole fait partie du dernier type de psychothérapie que nous avons évoqué comme étant un instrument potentiellement utilisable dans le soulagement des problèmes psychiques des PVVIH. Le groupe de parole est généralement recommandé pour aider les patients et les soignants à assurer des situations d'impuissance ou des sentiments d'échec, dans la maladie ou les soins de celle-ci. On rencontre des groupes de parole dans les hôpitaux, dans les services de maladies infectieuses, d'hématologie, de cancérologie, de gérontologie, de pédiatrie ou encore de traitement du Sida (Ruszniewski, 1999). Le groupe de parole est un outil d'aide et de soutien pour les patients, les personnels soignants et ceux qui l'assistent bénévolement ; c'est aussi un groupe de formation qui permet l'apprentissage de la parole, l'écoute et l'enrichissement réciproque à partir de l'expression de ses membres. En tant que groupe de soutien pour les patients, il favorise à partir de l'empathie collective une dynamique qui permet de surmonter les effets de la maladie. Et pour les soignants, il offre une opportunité de régulation des dysfonctionnements internes au service ou à l'organisation.

Pour nous résumer on dira que le groupe de parole, même s'il n'est pas considéré comme un groupe thérapeutique ou analytique, c'est un outil qui s'adresse aux malades, aux soignants ou aux familles. Il vise une atteinte d'objectifs qui sont différentes en fonction de l'appartenance à l'une ou l'autre de ces catégories liées par la maladie.

Le groupe de parole adressé aux malades a pour objectifs d'échanger les expériences vécues entre les participants. La poursuite de cet objectif permet aux patients d'identifier mieux leurs besoins tout en limitant leurs sentiments d'aliénation à la maladie à l'aide de la validation et la reconnaissance des sentiments et attitudes ressentis. La communication et le partage d'expérience qui animent de tels groupes contribuent à la régression du sentiment d'isolement social (en majorant ou en stimulant la création des liens sociaux), à l'expression des émotions et à la

désensibilisation des maladies par rapport aux peurs qui sont les leurs (Razavi et Delvaux, 1998).

Le groupe de parole rassemblant les soignants a pour objectif majeur d'apporter du soutien au personnel soignant qui travaille avec les malades, en permettant de prendre en compte leurs difficultés afin d'améliorer leur relation aux malades. Cet outil est capital pour lutter contre l'usure professionnelle, la fatigue et le découragement en milieu hospitalier (Ruszniewski, 1999).

Enfin le groupe de parole à l'intention des familles a pour objectif d'aider les familles à ne pas opérer un repli sur elles-mêmes, de les amener à créer de nouveaux liens et de favoriser la communication avec le malade au vu des conséquences psychologiques déstabilisantes que la maladie peut apporter au sein de la cellule familiale.

Le groupe de parole a été utilisé par Sylvie Plantade (1997) avec beaucoup d'intérêt chez certains patients souffrant de VIH/Sida avec pour visée, l'atteinte des objectifs sus-évoqués. Elle choisissait un certain nombre de thèmes à développer durant les séances de groupes des patients ; des thèmes qui lui étaient inspirés par les dires des uns et des autres lors de cet exercice de libération de la parole. Quelques thèmes qui étaient développés sont : le plaisir, la vie amoureuse, la sexualité, la vie affective et la sexualité, la séropositivité, le Sida et le couple, la honte et la culpabilité, etc.

En fin de compte il serait aussi avantageux dans notre contexte de mettre en pratique la méthode ethnopsychiatrique ou ethnopsychalytique qui tient compte de la conception culturelle de la maladie chez les patients (Nogaret, 2004). Au Cameroun beaucoup de groupes ethniques ne conçoivent pas que le zona qui a une forte valeur prédictive positive (VPP) dans le VIH /Sida, puisse être une maladie opportuniste. Son étiologie est souvent expliquée par certaines cultures du Sud Cameroun (Basa'a, Mpoo'o et Bati, etc.), avec les PVVIH « *comme une maladie qu'on a contractée par un mauvais sort* ». Ce qui justifie souvent pour eux le déni de l'infection à VIH. Si on ne cherche pas à les comprendre dans leur culture nosologique, on risquerait de les perdre. Ces patients souffrant de zona, couplés aux PVVIH qui expliquent leur sérologie comme étant la conséquence d'un poison lent, forment une bonne partie des patients qui font des ruptures de traitement Antirétroviral, en allant chercher des soins chez des tradipraticiens.

Conclusion

Le VIH/Sida est un syndrome de nature physique ou si l'on veut, organique, qui est causé par un virus (VIH) qui menace de faire effondrer tout le système de défense de l'organisme. C'est une urgence que de freiner cette menace ou de l'arrêter, avec des moyens qu'utilise la médecine conventionnelle, mais ce n'est pas toujours suffisant. Le VIH/Sida est un moment de fragilité psychologique qui apporte tellement de bouleversements dans la vie sexuelle, les aspirations du sujet, la vie sociale..., qu'il est impossible de justifier une prise en charge exclusivement biomédicale de ces patients VIH. La psychologie a donc aussi un mot à dire sur leur prise en charge, en termes d'accompagnements, de counseling et de psychothérapies. Ce n'est qu'en cette perspective où la prise en charge est globale dans un traitement du corps et de l'esprit, que la PVVIH se sentira mieux.

Autrement dit, une focalisation de la prise en charge de la PVVIH essentiellement biomédicale pourrait être un frein à l'atteinte de son maintien à la vie. Etant donné que, la non prise en compte de certains troubles fréquents chez le patient VIH, comme par exemple la dépression ou d'autres troubles d'allure psychotique est un facteur majeur qui pourrait nuire à la bonne compliance et favoriser chez lui le suicide, si sa charge virale élevée ne le tue pas.

Bibliographie

Bary, M. David, F. et al. (2004), « *Troubles neuropsychiatriques, chez les patients infectés par le VIH et le rôle de l'éfavirenz* », (435-449), In *Médecine et Maladies Infectieuses*, vol. 34.

Bergeret J., (1974), *La personnalité normale et pathologique. Les structures mentales, le caractère, les symptômes*. Paris : Dunod.

Bihl, A. Pferfferkorn, R. (1996). *Hommes/femmes ; l'introuvable égalité*, Paris.

Boumpoto, M. (2001), *Sida, sexualité et procréation au Congo*, (363-375), In *Vivre et penser le Sida en Afrique*. Paris : Karthala.

Descamps, M-A. (1986). *L'invention du corps*. Paris : PUF.

- Freud, S. (1967). Essais de psychanalyse. Paris : Payot.
- Freud, S. (1985), Trois essais sur la théorie de la sexualité. Paris, Gallimard.
- Fischer G.N. et Tarquinio, C. (2006). Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. Paris : Dunod.
- Kakou, R. Soumahoro, J. et Ouattara, A. (1997). *Le conseil associé au dépistage. Principes appliqués au CIPS d'Abidjan*, (35-38), In Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au Sud du Sahara. Paris, Karthala.
- Le Breton, D. (1996). Au sein de la souffrance, (63-70). In le sein : images, représentations. Paris : l'Harmattan.
- Lemperrière, Th. Et Féline, A. (1995). Psychiatrie de l'adulte. Paris : Masson.
- Linard, F. et Jacquemin, Th. (2007), *Aspects psychiatriques*, (319-328), In VIH 2007. Paris Doin.
- Moulinier, M.C. (1998). Au risque de naître : Maternité et Sida. Paris, Grasset/Fasquelle. Paris : grasset/fasquelle
- Meytre-Agustoni, G. Thomas, R. et al. (1998). La sexualité des personnes vivant avec le VIH/Sida. Lauranne : Hospices cantonaux.
- Nogaret, A-S. (2004). Bien choisir son psy pour aller mieux. Paris : Hachette.
- Paulhan, I. et Bourgeois, M. (1995). Stress et coping : Stratégies d'ajustement à l'adversité. Paris : PUF.
- Plantade, S. (1997). Le Sida : Vivre avec et en parler. Paris : L'Harmattan.
- Razavi, D. et Dalvaux, N. (1998) : La prise en charge médico-psychologique du patient cancéreux. Paris. Masson.
- Ruszniewski, M. (1999). Le groupe de parole à l'hôpital. Paris : Dunod.

Saliba, B. (1996). *Les nouveaux codes de l'esthétique et de la séduction : normes et représentations des seins dans la presse*, (35-61). In *le sein : images, représentations*. Paris : l'harmattan.

Sanchez-Valéro, C. (2003). *Dépression et VIH/Sida*, (263-267), In *Revue Médicale Suisse*.

Schilder, P. (1968). *L'image du corps*, Paris : Gallimard.

Schultz, J.H. (1979). *Le training autogène : méthode relaxation par autodécontraction. Concentrative. Essai pratique et clinique*. Paris : PUF.

VIH (1996). *Le guide pratique du Sida*, Paris, CRIPS/Vigot.