

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET
EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

LABORATOIRE DU DEVELOPPEMENT
ET DU MAL-DEVELOPPEMENT



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT AND
FORMATION FOR THE
SOCIAL SCIENCES

LABORATORY OF NORMAL AND
ABNORMAL DEVELOPMENT

**SUJET : TRAVAIL DU NEGATIF ET
REAMENAGEMENT PSYCHIQUE DU LIEN AU
SEIN DU COUPLE SERODISCORDANT : ETUDE
DE CAS**

Mémoire rédigé et présenté en vue de l'obtention du Master en Psychologie

Spécialité : Psychopathologie et Clinique

Par

MBATCHANOU NZINI Cyntia Manuella

15A368

Licenciée en Psychologie

Option psychopathologie et clinique

Sous la direction de :

Mme NDJE NDJE Mireille

Maitre de Conférences



Juillet 2023

SOMMAIRE

SOMMAIRE	ii
REMERCIEMENTS.....	v
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	vii
LISTE DES ANNEXES.....	viii
RESUME	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE.....	4
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	5
1-1- CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	5
1-2- POSITION ET FORMULATION DU PROBLEME	15
1-3- QUESTION DE RECHERCHE.....	22
1-4- HYPOTHESE DE LA RECHERCHE.....	23
1-5- OBJECTIF DE LA RECHERCHE.....	24
1-6- INTERET DE L'ETUDE.....	24
1-7- CLARIFICATION DES CONCEPTS FONDAMENTAUX DE L'ETUDE	25
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE.....	29
2-1- BREF APERÇU SUR LE VIH/SIDA	30
2-2- LA NOTION DE COUPLE	43
2-3- LA NOTION DE LIEN	59
2-4- LA SERODISCORDANCE DANS LES COUPLES.....	60
2-6- ETAT DES LIEUX SUR LE REAMENAGEMENT PSYCHIQUE	69
CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUE	74
3-1- APPROCHE DEVELOPPEMENTAL DU LIEN	74
3-2- APPROCHE SYSTEMIQUE DU LIEN	77
3-3- APPROCHE PSYCHANALYTIQUE DU LIEN.....	80
PARTIE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE	105
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE.....	106
4.1. BREF RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE	106
4.3. PROCEDURE ET CRITERE DE SELECTION DES PARTICIPANTS	111
4.4. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS	114

4.5. TYPE DE RECHERCHE : recherche clinique	115
4.6. METHODE DE RECHERCHE : étude de cas	116
4.7. TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES : Entretien semi-directif de couple	118
4.8. INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNEES : Le guide d'entretien.....	118
4-9-TECHNIQUE D'ANALYSE DE DONNEES : ANALYSE DE CONTENU	120
4-10- DIFFICULTES RELATIVES A LA COLLECTE DES DONNEES	127
4-11- CONSIDERATIONS ETHIQUES	127
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	130
5.1. PRESENTATION DES PARTICIPANTS	130
5.2. ANALYSE DES RESULTATS	132
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION	161
6.1. SYNTHESE DES RESULTATS	161
6.2. APPLICATION DE LA THEORIE DU LIEN (CONTRAT NARCISSIQUE) A LA COMPREHENSION DU REAMENAGEMENT DU LIEN CHEZ LES COUPLES SERODISCORDANTS.....	162
6.3. DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE	166
6.4. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES	170
CONCLUSION	171
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	171
ANNEXES	clxxi
TABLE DES MATIERES.....	clxxi

A

Mes tendres et chers parents

M. et Mme Nzini.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail de recherche, nous exprimons tous nos remerciements :

Au Pr NDJE NDJE Mireille qui a accepté de diriger ce travail, en mettant à notre disposition son temps, son savoir-faire et son savoir-être dans le domaine de la recherche.

Au Pr KETCHA WANDA Jean Germain Magloire de regretté mémoire qui a guidé nos premiers pas dans la recherche et qui a été d'un soutien inconditionnel pour la réalisation de ce mémoire.

Au Pr NGUIMFACK Léonard, à qui nous sommes reconnaissants pour les conseils et la rigueur scientifique.

Au Pr EBALE MONEZE Chandel, Chef de Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I, pour avoir autorisé cette recherche et pour ses enseignements dispensés.

A tous nos encadreurs du Département de Psychologie pour tous leurs enseignements et conseils qui ont été un succès pour la réalisation de ce travail.

A tous nos Maitres de stage, Dr Ovambé Mbarga, Dr Tchofong Idriss, Dr Goula Boris et Dr Ndjocki Joseph pour leurs encouragements et leurs inconditionnels soutien pour la réalisation de ce travail.

A toute l'équipe soignante de l'Hôpital du Jour (HDJ) de l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY) et en particulier au Dr Kouanfack Charles pour leur coopération dans la bonne collecte des données.

À tous les participants de cette étude pour leurs disponibilités, sans lesquelles la présente étude n'aurait été possible.

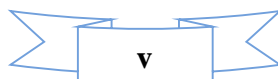
A Mr Cheukam Nathan pour son encadrement et ses encouragements depuis le début de ce travail.

A nos aînés académiques, Nomy Ongolo Simon-pierre 2, Ciatchoua Eric, Ombega Appolinaire pour leurs encouragements et critiques dans la réalisation de ce travail scientifique.

A tous nos camarades de promotion en particulier Mamaï Viviane, Mbolé Elysée, Epossi Pagal, Ewoulou Arnault, Mbarga Messi, Adjaba Piddy, Mecheu Sonia, Deudjui Aristide, Arnould Bayemi et Nkounkwen Alain pour leur regard critique, soutien et encouragements.

A nos sœurs et frères pour leur soutien moral et encouragements inconditionnels.

Nous remercions également tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail d'une quelconque manière et dont les noms n'y figurent pas.



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des participants p.112

Tableau 2 : Grille d'analyse.....p.123

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

- ❖ **AMP** : Assistance Médicale à la Procréation
- ❖ **ARN-VIH** : Acide Ribonucléique-VIH
- ❖ **ARV** : Antirétroviraux
- ❖ **BIT** : Bureau International du Travail
- ❖ **CAMPHIA** : Cameroon Population-Based HIV Impact Assessment (Evaluation d'Impact sur le VIH au Cameroun)
- ❖ **CD4** : Cluster de Différenciation
- ❖ **CDV** : Couple et Dépistage Volontaires
- ❖ **EAD** : Echelle d'Ajustement Dyadique
- ❖ **EDS** : Enquête Démographique et de Santé
- ❖ **HAART** : Highly Active Antirétroviral Therapy
- ❖ **HCY** : Hôpital Central de Yaoundé
- ❖ **HDJ** : Hôpital du Jour
- ❖ **HTLLV3** : Human-T Cell Lymphotropie –Virus
- ❖ **IST** : Infection Sexuellement Transmissible
- ❖ **LAV** : Lymphadenopathy Associated Virus
- ❖ **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ❖ **ONU** : Organisation des Nations Unies
- ❖ **ONUSIDA** : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
- ❖ **PrEP** : Prophylaxie Pré-Exposition
- ❖ **PVVIH** : Personnes Vivantes avec le VIH
- ❖ **SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- ❖ **TAR** : Thérapie Antirétrovirale
- ❖ **VIH** : Virus d'immunodéficience Humaine

LISTE DES ANNEXES

- ❖ **Annexe 1** : Attestation de recherche..... x
- ❖ **Annexe 2** : Autorisation de collecte des données..... xi
- ❖ **Annexe 3** : Echelle d'Ajustement Dyadique.....xii
- ❖ **Annexe 4** : Guide d'entretien qualitatif.....xviii
- ❖ **Annexe 5** : Formulaire de consentement éclairé du couple Takam...xix
- ❖ **Annexe 6** : Formulaire de consentement éclairé du couple Simo.....xx
- ❖ **Annexe 7** : Corpus des entretiens avec le couple Takam.....xxi
- ❖ **Annexe 8** : Corpus des entretiens avec le couple Simo.....xlii

RESUME

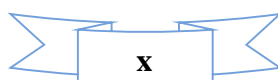
Au plan mondial, pas moins de la moitié de tous les séropositifs ont une relation de longue durée avec des partenaires séronégatifs et les données relevées dans 12 pays d'Afrique Orientale et Australe indiquent une prévalence élevée chez les couples sérodiscordants, allant de 36% à 85% (OMS, 2012). Notre étude intitulée *Travail du négatif et réaménagement psychique du lien au sein du couple sérodiscordant : étude de cas* ; dans la compréhension de ce phénomène de sérodiscordance VIH des couples s'inscrit dans le champ des théorisations du dépassement de la crise qui stipulent qu'en cas de crise dans le couple comme c'est le cas avec la survenue du VIH/SIDA au sein du couple sérodiscordant, le couple ne pourra dépasser cette dernière que s'il met en place un travail psychique qui aboutira à la reconstitution de l'illusion initiale de l'objet amoureux. Or chez nos couples, nous avons constaté que c'est la mise en place du travail du négatif qui assure le maintien voire une bonification du lien conjugal. En rapport au problème, la question de recherche est la suivante : comment le travail du négatif œuvre-t-il pour le réaménagement psychique du lien conjugal dans le couple sérodiscordant ? Pour y répondre, l'hypothèse est formulée en ces termes : au sein du couple sérodiscordant, le travail du négatif œuvre pour le réaménagement psychique du lien conjugal au travers de la mise en place des mécanismes de défenses associés à des étayages multiples. L'objectif poursuivi est d'appréhender le réaménagement psychique du lien au travers des mécanismes de défense et des étayages multiples mis en œuvre par le couple face à la crise. Pour atteindre cet objectif, la méthode clinique a été utilisée et les données ont été collectées auprès de 2 couples au travers des entretiens semi-directifs. Ces données ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Les résultats obtenus montrent que suite à la désorganisation psychique induite par la survenue du VIH/SIDA chez un des partenaires, les participants s'appuient sur eux-mêmes, leurs conjoints, leurs familles, leur culture, leurs progénitures, leurs soignants et leur groupe de pairs. Ces étayages jouent ainsi un rôle essentiel pour nos participants car ils constituent une base propice à la mise en sens (mentalisation, symbolisation) de la maladie VIH/SIDA favorisant la maîtrise des affects et ressentis relatifs à cette situation. De même, dans le sens du dépassement de la crise, de nombreux mécanismes de défense à l'instar de l'intellectualisation, la sublimation, le déni, la rationalisation vont être mis à contribution pour assurer le réaménagement psychique. La mise en sens de la souffrance du couple par l'entremise du travail du négatif associés aux étayages multiples offre ainsi aux couples sérodiscordants les conditions nécessaires pour se défendre contre les pensées, représentations et images qui suscitent la souffrance psychique chez ces derniers. Suite au réaménagement psychique le couple s'adapte à la nouvelle situation, maintient le lien, le resserre et l'envisage comme plus bonifié suite à la situation aversive.

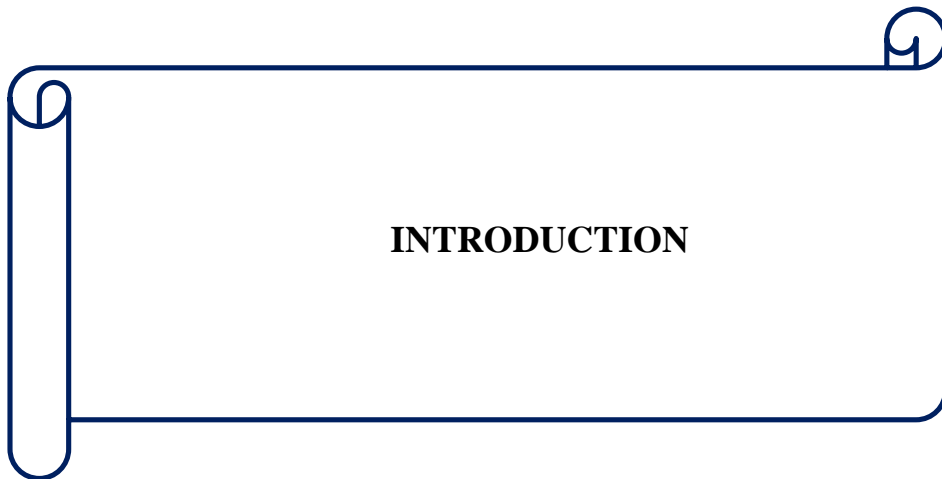
Mots clés : Réaménagement psychique, sérodiscordant, couple, lien, travail du négatif.

ABSTRACT

Globally, as many as half of all HIV-positive people have a long-term relationship with HIV-negative partners, and data from 12 countries in eastern and southern Africa indicate a high prevalence among serodiscordant couples, ranging from 36% to 85% (WHO, 2012). Our study entitled: *Work on the negative and psychic reorganization of the bond within the serodiscordant couple: case study*; in understanding this phenomenon of HIV serodiscordance in couples falls within the scope of theories of overcoming the crisis which stipulate that in the event of a crisis in the couple, as is the case with the onset of HIV/AIDS within the serodiscordant couple, the couple will be able to overcome this crisis if they put in place a psychic work that will lead to the reconstitution of the relationship initial illusion of the love object. But in our couples, we have found that it is the implementation of the work of the negative that ensures the maintenance or even an improvement of the marital bond. In relation to the problem, the research question is the following: how does the work of the negative work for the psychic reorganization of the conjugal bond in the serodiscordant couple? To answer this, the hypothesis is formulated in these terms: within the serodiscordant couple, the work of the negative works for the psychic reorganization of the marital bond through the establishment of defense mechanisms associated with multiple scaffolding. The objective pursued is to apprehend the psychic reorganization of the marital bond within the serodiscordant couple through the work of the negative brought into play by the couple in the face of the crisis. To achieve this objective, the clinical method was used and data were collected from 2 couples through semi-structured interviews. These data were subjected to content analysis. The results obtained show that following the psychological disorganization induced by the onset of HIV/AIDS in one of the partners, the participants rely on themselves, their spouses, their families, their culture, their offspring, their caregivers and their group. of peers. These supports thus play an essential role for our participants because they constitute a basis conducive to the meaning (mentalization, symbolization) of the HIV/AIDS disease favoring the mastery of the affects and feelings relating to this situation. Similarly, in the sense of overcoming the crisis, many defense mechanisms such as intellectualization, sublimation, denial, rationalization will be called upon to ensure psychic reorganization. Making sense of the couple's suffering through the work of the negative associated with multiple scaffolding thus offers serodiscordant couples the necessary conditions to defend themselves against the thoughts, representations and images that arouse psychic suffering in them. Following the psychic reorganization, the couple adapts to the new situation, maintains the bond, tightens it and considers it as more improved following the aversive situation.

Keywords: Psychic reorganization, serodiscordant, couple, bond, work of the negative





Selon l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), la maladie chronique est définie comme une affection de longue durée (de 6 mois ou plus), qui en règle générale, évolue lentement et dont la tendance de guérison n'est pas assurée. Par ailleurs elle serait responsable de 63% des décès et représente la toute première cause de mortalité dans le monde. La maladie chronique peut être de nature physique, psychologique et/ou cognitive et se caractérise par une ancienneté de plusieurs mois. Elle est évolutive et prise en charge pendant une durée de 6 mois ou plus, avec un retentissement majeur sur la vie quotidienne du patient. Parmi cette catégorie de maladies nous avons entre autres : le cancer, le diabète, l'obésité et le VIH/SIDA qui est la maladie grave qui a fait l'objet de notre étude. Le SIDA est une infection chronique qui est due à la destruction du système immunitaire par un virus appelé VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) (Ranguin & Rozenbaum, 1987). C'est une maladie qui malgré l'évolution scientifique continue de faire surface.


Cependant dans le cadre de cette étude l'accent est mis sur l'exploration du vécu d'une catégorie de patients séropositifs qui est celle des couples sérodiscordants. Notre intérêt pour cette catégorie est basé sur le fait que malgré les efforts du gouvernement pour remédier à la recrudescence de la maladie dans les populations, un facteur de propagation du virus continue de s'accroître car avec une prédominance de la transmission de l'épidémie lors des rapports hétérosexuels, le nombre de couples sérodiscordants augmente et la transmission du VIH s'accroît au sein de relations à long terme.

Par ailleurs, lorsque survient la maladie dans le couple ce dernier n'est pas à l'abri des impacts sur les plans physiques (de par les symptômes physiques qu'elles entraînent : l'amaigrissement, la fièvre, la toux, problème cutanée, imposition d'un système alimentaire et d'une nouvelle hygiène de vie à respecter au risque de trépasser) (Viard, Leclercq & Roudière, 2004) et surtout psychologiques (Gokaba, 2020) car comme en témoigne l'OMS (2008), « *la prévalence des troubles mentaux chez les personnes infectées par le VIH est considérablement plus élevée que dans la population en général* ». Dans le champ de la psychopathologie et clinique, cette souffrance a ainsi fait l'objet de plusieurs études qui pour la plupart s'intéressent aux changements induit par la maladie dans le couple (Marin, 2017), aux facteurs communicationnels dans l'annonce de la séropositivité au partenaire sain (Coulibaly,

2006). , dans la gestion des questions en rapports avec la sexualité, la procréation et l'acceptation de la maladie de l'autre (Desgrées du Loû, 2005).

Cependant, bien que s'étant intéressé au retentissement de la maladie dans ces couples et à leur devenir, très peu d'entre elles se sont appesanties sur les processus psychiques œuvrant dans le sens du maintien du couple malgré l'aspect traumatique de la situation de sérodiscordance. C'est donc cet aspect qui sera développé dans cette étude. C'est pour cette raison que nous nous sommes intéressés aux couples sérodiscordants et dans ce sens, nous avons intitulé notre sujet comme suit : « *Travail du négatif et réaménagement psychique du lien au sein du couple sérodiscordant : étude de cas* ». Cette recherche se donne ainsi pour objectif d'appréhender le réaménagement psychique du lien au travers des mécanismes de défense et des étayages multiples mis en œuvre par le couple face à la crise.

Dans le but d'atteindre cet objectif annoncé plus haut, ce travail de recherche va s'articuler autour de six chapitres notamment : le chapitre 1 intitulé « problématique », le second chapitre mettra en exergue une revue de la littérature autour d'un bref aperçu du VIH/SIDA (aperçu historique, son origine africaine, ses données épidémiologiques dans le monde et en Afrique, ses phases et son évolution, sa conception anthropologique et ses facteurs de propagation), des notions de couple (approche définitionnelle, approche historique et sociologique, ses fonctions, ses types, ses modes, sa constitution, ses caractéristiques, les organisateurs de son lien, sa conception en Afrique), de lien, de sérodiscordance (les facteurs la favorisant, ses répercussions dans le couple), de travail du négatif et de réaménagement psychique. Un troisième chapitre sera consacré à une insertion théorique de notre objet d'étude qu'est le lien au travers des approches développementale, systémique, psychanalytique. Au quatrième chapitre nous présenterons la méthodologie utilisée dans notre étude. Dans le cinquième chapitre, nous ferons une présentation et une analyse des données recueillis sur le terrain. Enfin dans le sixième chapitre nous ferons une interprétation et une discussion des résultats.



PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Ce premier chapitre portera sur le contexte et la justification de l'étude, la formulation et position du problème, la question de recherche et des hypothèses y afférentes, des objectifs et enfin les intérêts.

1-1- CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

En nous intéressant au VIH/SIDA nous mettons l'accent sur un aspect particulier qu'est la santé. Selon l'OMS (2001), la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité.

C'est dans cette lancée que Sen (cité par Tizio, 2004) a pu dire qu'« *une population bien nourrie et bien soignée est un facteur déterminant de la croissance économique. L'augmentation de la productivité du travail, induite par l'amélioration des capacités des individus, génère une augmentation du revenu national* ». Autrement dit, confrontés constamment à des situations aversives, les populations peuvent souvent faire face à des souffrances physiques (SIDA, Cancer, Diabète), souffrances psychologiques (Traumatisme, dépression, anxiété), souffrances économiques (pauvreté, chômage) qui constituent des facteurs de risque pour ces derniers. Dans ce sens, une prise en compte de ses facteurs et une capacitation des populations serait un atout majeur pour le bien être de ces derniers et ainsi de la société.

Par conséquent, comme le souligne Tizio (2004) un handicap sur le plan sanitaire des populations serait néfaste pour le développement de celles-ci car un mauvais état sanitaire peut remettre en cause tout effort de développement économique et social. C'est dans cette logique que s'inscrit ainsi notre recherche qui porte sur le VIH/SIDA et en particulier sur les couples sérodiscordants. Ceci se justifie par le fait qu'étant au même titre que d'autres maladies (par exemple le paludisme, la tuberculose etc...) une question de santé publique, il mérite d'être intégrée dans les stratégies de sensibilisation et de prévention car comme l'a souligné Gokaba (2020), ces couples contribuent énormément dans la propagation de l'épidémie dans le monde.

Les premiers cas de SIDA ont été identifiés à Los Angeles et San Francisco en 1981, chez les homosexuels, respectivement par Mickael Gottlieb et Friedman Kien (Jauvage et al. 2014 c cité par Gokaba, 2020). Selon Keele et al (2006) cité par Gokaba (2020), en Afrique en particulier l'origine du VIH/SIDA remonte à 1908 à la suite de la transmission inter espèce du Simian Immunodeficiency Virus (SIV) entre les chimpanzés (Par troglodytes) et l'homme dans le Sud-Est du Cameroun.

Une distribution spatiale de l'épidémie à l'échelle mondiale nous montre que depuis son apparition, le SIDA a infecté 77,3millions de personnes, en a tué 34 millions avec une quasi-totalité de personnes atteintes par l'épidémie (95,9%) âgées de 15 ans et plus alors que les enfants représentent 5% de cette population. (Gokaba, 2020). En nous référant aux données mondiales sur le VIH nous notons un nombre ne croissant de personnes vivants avec le VIH (allant de 24,9 millions en 2000 à 37,9 millions en 2018).

Cette distribution spatiale de l'épidémie nous montre que l'Afrique Subsaharienne reste la région la plus touchée par l'épidémie. En 2019, sur 37,9 millions de personnes infectées par le VIH/SIDA, 67,5% sont enregistrées dans cette partie du monde. De même, dans cette région, les nouvelles infections représentent 54,7%, les décès, 61% malgré une couverture en traitement antirétroviraux de 64,1% (ONUSIDA, 2020).

En seconde position des zones les plus touchées par l'épidémie, nous avons la région Asie, Pacifique. Ici c'est la Thaïlande qui est le premier foyer en 1987 suivis par le Cambodge, Myanmar, la Chine, le Viêtnam, l'Inde et les Philippines. La transmission de l'épidémie se fait suivant deux voies ; sexuelle et l'usage de drogue injectable (Girard, Katlama, et Pialoux, 2007 cités par Gokaba, 2020).

Les Caraïbes et l'Amérique Latine ici représente le troisième foyer de l'épidémie dans le monde. En effet, avec des taux de prévalence qui varient entre 1,1% à 2,2%. En 2019, le nombre de personnes vivant avec le VIH était de 2,2 millions soit 5,9% des personnes infectées dans le monde, le nombre de nouvelles infections 115.000 chez les personnes âgées de 15 à 49 ans et de 4200 chez les enfants ; les décès estimés en 41.700 dont plus de la moitié (59%) enregistrés en Haïti et une couverture en traitement ARV de 62% (ONUSIDA, 2019). La transmission se faisant ici par les voies : hétérosexuelle, consommation des drogues injectables et par la transmission homosexuelle.

En Amérique du Nord, les statistiques de 2013 indiquent qu'1,3 millions de personnes vivent avec le VIH dans la région, 50.000 nouveaux cas enregistrés chez les personnes âgées de 13 ans et plus et moins de 500 chez les enfants. Dans la même période, 17000 décès liés au SIDA soit une baisse de 2% par rapport à l'année 2005 ; et une couverture en traitement qui représente 51%. Par ailleurs, les données de 2016 indiquent que 38% des contaminations dans la région surviennent chez des personnes qui ignorent leur sérologie et 43% chez ceux qui n'ont pas accès aux ARV. Aux Etats-Unis par exemple, plus de la moitié des personnes infectées (51%) sont afro-américains, alors que 75% des nouvelles infections sont enregistrées chez les populations homosexuelles. Les voies de transmission ici étant : transmission homosexuelle (44%), transmission hétérosexuelle (34%), usagers de drogue (17%). (CDC, 2003 ; Girard, 2007, ONUSIDA, 2014, 2016 cités par Gokaba, 2020)

Au Cameroun en particulier, parmi les adultes âgés de 15 à 64 ans, la prévalence du VIH varie par région, allant de 6,3% dans la Région Sud à 1,5% dans la région de l'Extrême-Nord. Malgré une baisse allant de 4,3% en 2017 à 3,4% en 2018, le Cameroun connaît une prévalence élevée au VIH/Sida. C'est la principale information qui ressort de l'enquête réalisée par l'Evaluation d'impact sur le VIH au Cameroun dans les dix régions du pays. Ceci auprès des ménages ciblés de personnes âgées de 0 à 64 ans (Camphia, 2017-2018).

L'étude menée par CAMPHIA (2017) (Cameroon Population-Based HIV Impact Assessment) entre Juillet 2017 et février 2018 a eu pour but de mesurer le statut sérologique des camerounais. Elle a révélé que dans le cas de la région du Sud Cameroun par exemple, le taux de prévalence est de 6,3%. Chiffre au-dessus de la moyenne nationale qui est de 3,4%. En 2017 déjà, il était de 7,2% et ladite région toujours classée première au rang des régions les plus touchées par la pandémie. Tandis que les régions de l'Est Cameroun et du Centre Cameroun ont enregistré respectivement 5,9% et 5,8% avec des taux de prévalence qui ont connu une baisse considérable de 0,4% et 0,5%. La région du Nord-Ouest Cameroun s'en sort en 2018 avec 5,1% contre 6,3% en 2017. La région de l'Adamaoua quant à elle arrive en 5ème position avec 4,9% de taux de prévalence au VIH. Tout juste en deçà de la moyenne nationale, nous avons les régions du Sud-ouest Cameroun (3,6%), du Littoral Cameroun (3,1%) et de l'Ouest Cameroun qui se classe 8^{ème} avec un taux de prévalence de 2,7%. Au Nord Cameroun et à l'Extrême-Nord Cameroun, le taux de prévalence au VIH est faible par rapport à la moyenne nationale. En effet, alors que la première est à 1,6%, la deuxième enregistre 1,5% (Camphia, 2018).

Selon l'ONUSIDA (2018), l'évolution du nombre de décès liés au sida est en nette régression. Ils sont passés de 22000 en 2010 à 18000 en 2018, soit une baisse de 19%. Le nombre de nouvelles infections liées au VIH a également baissé au cours de la même période, passant de 36000 à 23000. C'est pourquoi, les objectifs 90-90-90 fixés par l'ONUSIDA ont prévu que dès 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur état sérologique vis-à-vis du VIH, que 90% de ces personnes soient sous traitement, mais aussi que 90% des personnes sous traitement présentent une charge virale indétectable. Autrement dit, ces objectifs 90-90-90 signifient pour les personnes infectées que 81% d'entre elles suivent un traitement et que la charge virale soit indétectable pour 73% d'entre elles.

L'OMS (2012) estime qu'au plan mondial, pas moins de la moitié de tous les séropositifs ont une relation de longue durée avec des partenaires séronégatifs ; formant ainsi ce que l'on appelle des « Couples sérodiscordants ». Etymologiquement, le mot « Sérodiscordants » est composé de « sérum » et de « discordant » et renverrait à un couple où l'un des partenaires est séropositif et l'autre séronégatif. (Le Dictionnaire Robert, 2022).

En effet, dans le contexte de l'épidémie par le VIH/SIDA, il existe pour le couple 3 statuts sérologiques possibles :

- Séronégatifs, aucun membre n'est infecté par le VIH/SIDA.
- Séropositifs, les deux partenaires sont porteurs du virus.
- Sérodiscordants, un des partenaires est séropositif.

Selon Gokaba (2020), « avec une prédominance de la transmission de l'épidémie lors des rapports hétérosexuels, le nombre de couples sérodiscordants s'accroît et la transmission du VIH augmente au sein de relations à long terme ». Les données relevées dans 12 pays d'Afrique Orientale et Australe indiquent une prévalence élevée chez les couples sérodiscordants, allant de 36% à 85%. La vie de couple considérée comme le noyau de la famille et le cadre idéal d'une vie sexuelle épanouie et sécurisée ne serait-il pas en danger de mort (Ferry, 2010).

Nous pouvons ainsi dire que le VIH/SIDA est une maladie qui a un très grand impact dans la vie de celui qui la porte de même que son environnement. En d'autres termes, le VIH/SIDA n'est pas sans conséquences dans tous les secteurs de la société et compromettent le développement des pays pauvres. Ces conséquences s'étendant sur les plans économique,

sociodémographique, sanitaire, physique liée à la durée du traitement, social et psychologique (Gokaba, 2020).

Sur le plan économique, le rapport de l'OMS (2004) sur la santé, montre que l'un des effets du VIH/SIDA tient aux difficultés financières dévastatrices qu'il entraîne, lesquelles ont à leur tour des conséquences tragiques. Selon le Bureau International du Travail (BIT) (2003), par-delà de la souffrance qu'elle impose aux individus et à leur famille, l'épidémie affecte profondément le tissu social et économique des sociétés. Le VIH/SIDA est devenu une terrible menace pour le monde (Nzié, 2010). Les institutions publiques et privées se retrouvent en manque de leurs employés qualifiés qui sont parfois paralysés voire même décédés. En effet le VIH/Sida affecte le développement par l'intermédiaire de la main d'œuvre. (Nzié, 2010). L'impact économique ici de l'épidémie provoqué par une forte morbidité et mortalité du personnel d'entreprise s'est posé vis-à-vis des pays où la prévalence du VIH était inquiétante, en l'occurrence sur le continent africain (Gokaba, 2020).

Sur le plan du fonctionnement des services (force de l'ordre, santé, éducation), Gokaba (2020), nous montre que les forces de l'ordre sont un important réservoir de propagation de l'épidémie sur le continent noir, et aussi que le secteur de la santé et de l'éducation ne sont pas à l'abri du danger. En effet, du fait de la recrudescence des effectifs des agents de santé pour contrecarrer la maladie, il y'a cependant augmentation du risque permanent de contamination lié aux accidents d'exposition du sang, et sur le plan de l'éducation l'effet du SIDA a diminué le nombre d'enfants en âge scolaire, une baisse de rendement, une augmentation du taux d'échec et d'abandon scolaire

Sur le plan sociodémographique, d'après les prévisions des Nations unies faites dans le milieu des années 1980, en l'absence du VIH/SIDA, la population africaine aurait été de 553 millions d'habitants en 1985, 1,643 milliards en 2025. Selon Anderson et *al.* (1991) cité par Gokaba (2020), le sida entraîne une croissance démographique négative, un point de vue que ne partagent pas Stanecki et Way (1997), qui eux estiment que même dans les pays fortement touchés avec une mortalité liée au VIH/SIDA élevée, la croissance de la population reste positive compte tenu des taux élevés de natalité (Stanecki et Way cités par Loumouamou, 2013).

Concernant les conséquences sanitaires, le VIH/SIDA dégrade progressivement la santé de l'individu dans son intégralité c'est-à-dire dans le domaine social, psychologique et physiologique. L'espérance de vie de population est diminuée, des communautés sont anéanties, les services de santé sont débordés (Nzié, 2010). Cette pandémie participe à la

survenue des maladies opportunistes à l'instar de la tuberculose. Le VIH/sida est représenté comme une maladie mortelle inguérissable (Megnemendong, 2016). En plus, selon Gokaba (2020) environ 8% des enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne meurent par suite des maladies liées au VIH/SIDA, cette proportion varie entre 20% à 60% dans les pays d'Afrique Australe ; les données les plus récentes (2018-2019) indiquent que 1,7 millions d'enfants de moins de 15 ans vivent avec l'épidémie dans le monde, 86% résident en Afrique Subsaharienne. Aussi le VIH/SIDA a entraîné la chute de l'espérance de vie dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne, le niveau le plus bas a été enregistré au Botswana (35 ans) entre 2000 et 2005. L'OMS prévoit même qu'au cours des prochaines années, les décès dus au SIDA pourraient entraîner une augmentation de moitié de la mortalité infantile dans certains pays » (Gaimard, 2011, p. 198-199 cité par Gokaba, 2020). Cependant, avec la découverte des antirétroviraux, beaucoup des PVVIH ont vu leur santé s'améliorer et le taux de mortalité a diminuée (Michel, 2018). Les antirétroviraux agissent sur les virus en empêchant leur multiplication dans l'organisme. Par ailleurs, bien qu'un nombre croissant de malades bénéficient de traitement, le nombre d'individus contaminés est en progression. Ainsi, même si l'incidence et la prévalence de la maladie diminuent dans les années à venir, la mortalité liée au SIDA va continuer à augmenter. Selon les projections de l'ONU, l'Afrique du Sud pourrait perdre 10 ans d'espérance de vie d'ici 2020-2025, le Lesotho presque 6 ans (Gokaba, 2020).

Sur le plan physique, nous avons la mise sous traitement de très longue durée de la maladie, qui a engendré des complications à court, moyen et long terme des traitements antirétroviraux (Viard, Leclercq & Roudière, 2004). L'on peut citer les effets toxiques de ces molécules tels que : les réactions d'hypersensibilité, toxicité mitochondriale, effets sur la différenciation cellulaire, troubles du métabolisme glucidolipidique et les effets indirects des associations de médicaments antirétroviraux à l'instar de syndromes de restauration immunitaire, syndrome lipodystrophique, accidents vasculaires liés aux troubles métaboliques (Viard, Leclercq & Roudière, 2004).

Sur le plan social, cette maladie est dans la majorité des cas source de stigmatisation, de discrimination et de violence au niveau des amis, de la famille et de l'environnement élargie), et ces facteurs seraient susceptibles d'empêcher le dépistage et la suppression de la charge chez les PVVIH (L'ONUSIDA, 2018). Aussi, sur le plan social on rencontre des inégalités en termes de l'existence d'un SIDA pour les personnes pauvres (moins aisées) et un SIDA pour les personnes riches (plus aisées), de même nous notons des inégalités dans la maladie selon le genre, avec une représentation féminine. A côté de cette stigmatisation, le SIDA entraîne une

recrudescence des enfants dits « enfants orphelins du SIDA » qui manquent de repère, de cadre protecteur, de suivi médicaux et exposés à divers maux tels que la déscolarisation, errance dans la rue, la malnutrition, la consommation de drogue avec toutes les conséquences que cela peut entraîner (banditisme, actes criminels, viols etc...) (Gokaba, 2020).

Cette recrudescence n'est pas sans conséquence sur le développement physique et psychique de l'individu (enfant) car comme le souligne Bowlby (1999) :

La rupture d'un lien significatif à un jeune âge peut induire des séquelles importantes et briser le sentiment de sécurité nécessaire au développement de relations saines, car le style d'attachement construit pendant l'enfance constitue un élément central de la personnalité pendant toute la vie. Les relations sécurisantes entretenues entre un enfant et sa famille proche sont la base de l'engagement dans des relations positives et du développement d'habiletés permettant l'accès à l'autonomisation et à la différenciation. Lorsqu'il y'a interruption de ce lien par exemple lors d'un décès, les capacités relationnelles et les attentes de l'enfant envers le monde sont fondamentalement affectées et peuvent avoir des répercussions sur sa capacité à établir des relations satisfaisantes à long terme ». (Bowlby et Kalmanovitch, 2015 cités par GOKABA, 2020)

Aussi, les enfants ayant perdu un parent en bas âge courent le risque de développer à l'âge adulte des symptômes dépressifs, de l'anxiété, des peurs et auraient des difficultés à nouer des relations amoureuses et parentales satisfaisantes (Brent et *al.*2009) ; (Jacobs et Bovasso, 2009 ; Black et Schutte, 2006 cités par Gokaba, 2020). En Afrique, les enfants orphelins du SIDA sont stigmatisés au même degré que leurs parents, car le SIDA est rattaché à une vie de débauche. Et parfois même la femme et les enfants paient le prix, ils sont parfois rejetés or la sexualité n'est pas le seul moyen de transmission du VIH/SIDA.

En nous intéressant à ce phénomène dans un volet psychologique et plus précisément sur ses conséquences dans la vie du couple sérodiscordant, nous pouvons dire avec Kaës (2013) que le VIH est vécu comme une crise qui surgit de manière inattendue dans la massivité indéchiffrable de l'évènement, et qui maintient longtemps après sa résolution l'idée d'une surprise dont une part de nous-même nous était étrangère. Aussi, elle représente pour le malade une source dans la plupart des cas de dépression, d'anxiété, de désespoir et parfois de ruptures dans les couples, des défaillances dans les relations et parfois même à l'origine de

discriminations au sein même des familles. Par ailleurs selon l’OMS (2008), « *la prévalence des troubles mentaux chez les personnes infectées par le VIH est considérablement plus élevée que dans la population en général* ».

Face au mal être qu’entraîne cette épidémie, les Etats, organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, les associations et les chercheurs ayant pris conscience de l’évolution de cette pandémie ne lui sont pas indifférent. Ceci est observable par les mobilisations multiples et la mutualisation des efforts de ces derniers en vue de combattre cette pandémie qui assurément est l’une des plus dévastatrices de l’histoire de l’humanité.

L’OMS (2012), estime qu’au plan mondial, pas moins de la moitié de tous les séropositifs ont une relation de longue durée avec des partenaires séronégatifs, et considère que 50% des personnes vivant avec le VIH / SIDA ne sait toujours pas qu’elles sont contaminées et beaucoup de personnes qui vivent en couple ne connaissent pas le statut sérologique de leur partenaire. C’est pourquoi l’OMS, recommande que les couples se fassent dépister et conseiller ensemble. Le conseil et le dépistage volontaires du VIH en couple signifient que les deux partenaires sont testés ensemble, prennent connaissance de leurs résultats et partagent l’information relative à leur statut sérologique avec le soutien d’un conseiller. Une série d’options de prévention, de traitement et d’appui peuvent alors être examinées et décidée d’un commun accord. Et c’est dans cette optique que l’OMS à fait paraître en avril 2012 de nouvelles orientations sur le conseil de dépistage du VIH chez les couples y compris la thérapie antirétrovirale pour prévenir et traiter les couples sérodiscordants.

Avec l’ajout des nouveaux moyens de prévention pour contrer la transmission du VIH, la vie des couples sérodiscordants ou différents est de plus en plus facilitée. Parmi les outils de prévention, on retrouve différentes approches de prévention de la transmission qui facilite grandement la vie des conjoints sérodiscordants ou sérodifférents. Il y’a certes toujours le préservatif (qui est l’outil le plus efficace pour prévenir à la fois l’infection par le VIH et les autres IST) mais se sont ajouté la prophylaxie pré exposition (PrEP) sexuelle qui vient traiter la personne séronégative s’il y’a eu un risque de transmission. Cette prophylaxie consiste en la prise d’un médicament (Truvada : ténofovirdisopraxil et emtricitabine) par le conjoint séronégatif. Cette médication contribue à éviter l’infection par le conjoint séropositif.

Un accès élargi à la thérapie antirétrovirale (TAR) a permis la baisse considérable des taux de mortalité et des souffrances (surtout aux premiers stades de l’infection) de même que

la réduction de la transmission du VIH au niveau de la population. Elle permet aussi une diminution du nombre des orphelins et la préservation des familles (OMS, 2020). C'est dans cette optique que Michel Sidibé (2012) déclare :

Les couples peuvent tirer parti de la thérapie antirétrovirale pour améliorer leurs propres santé et protéger leurs proches. En encourageant les couples à passer le test de dépistage ensemble, nous pouvons offrir des options complètes pour prévention et le traitement du VIH/SIDA qu'ils peuvent discuter et gérer en commun.

Ce qui signifie qu'il serait possible pour ces couples de rester indéfiniment sérodifférents pour le VIH/SIDA s'ils pratiquent constamment des rapports sexuels à moindre risque en utilisant des préservatifs. Ainsi, suite aux directives diffusées par l'OMS en ce qui concerne les couples sérodiscordants, la TAR doit être offerte à la personne porteuse du VIH afin d'empêcher que son ou sa partenaire ne soit infecté par le virus.

Dans ce continuum, au Cameroun, les pouvoirs publics par l'entremise du Ministre de la Santé ont pris certaines dispositions dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA. Cette volonté de lutter de l'Etat se manifeste par la signature des arrêtés à l'instar de celui signé par Le Ministre de la Santé le 4 avril 2019, portant sur les modalités d'accès et de suivi des populations aux services de dépistage et la prise en charge du VIH/SIDA dans les formations sanitaires publiques et les organisations à base communautaire. Selon cette décision ministérielle, les tests de dépistage rapide du VIH/SIDA sont gratuits pour toutes les populations dès le 1^{er} Janvier 2020. Plusieurs autres services sont aussi gratuits pour toute personne vivant avec le VIH/SIDA au Cameroun. Il s'agit des consultations médicales et prénatales y compris les carnets, le dossier médical, les examens de suivi biologique (CD4 et charge virale), des tests de dépistage précoce du VIH/SIDA pour les enfants, les médicaments antirétroviraux (ARV) et les médicaments de prévention des infections opportunistes ainsi que leur collecte.

Cependant malgré ce bilan concernant l'action des pouvoirs publiques pour résoudre ce phénomène, nous notons les insuffisances de la prise en charge qui n'est pas suffisamment significative et si oui n'est pas toujours pluridisciplinaire.

Au cours de notre stage à l'Hôpital Central de Yaoundé, nous avons rencontrés des patients séropositifs avec lesquelles nous avons effectués des psychoéducatons et des entretiens blancs. Il est ressorti de ces entretiens que malgré les fortes et grandes sensibilisations sur le VIH /SIDA aux près des populations, le volet sur les couples sérodiscordants est très peu abordé. Ce qui est observable par le fait que, la majorité des personnes ne conçoivent pas qu'elle puisse vivre avec un partenaire qui est infecté par le VIH/ SIDA, d'autres mêmes ne savent pas que cela est possible. Parfois même lors de nos psychoéducatons, nous observions que lorsqu'un partenaire de ce type de couple prenait la parole (que ce soit le séropositif ou le séronégatif), les autres étaient étonnés de voir que cela existe vraiment. De même certains partenaires séronégatifs témoignaient que, suite à l'annonce du statut séropositif à son ou sa partenaire, ce (cette) dernier(e) ne faisait pas souvent lui à son tour le test car se disant que si lui (elle) l'a alors l'autre l'aura forcément. En d'autres termes, la faible connaissance de la population en générale et des couples en particulier en ce qui concerne la question de la sérodiscordance favorise la plupart du temps des ruptures basées sur des stéréotypes que la plupart des partenaires se font de la maladie grave dans le couple.

En Afrique en particulier, aborder les questions liées au VIH / SIDA dans les couples est très sensible car le simple fait de l'énoncé pourrait susciter des doutes sur celui qui en parle (Coulibaly, 2006).

Les répercussions de l'épidémie de SIDA sur la perception qu'ont les hommes et les femmes de la sexualité, et en particulier de la sexualité dans le couple stable, ont été étudiées par des auteurs comme Jackson Mukiza-Gapere et James Ntozi (1995). En effet, ces derniers rapportaient qu'en Ouganda, la crainte de l'infection par le VIH/SIDA entraînait une peur des relations sexuelles et du mariage : des jeunes disaient refuser de se marier, craignant de trouver « la mort dans le mariage » (Desgrées du Loû, 2005).

Le recours au dépistage du VIH/SIDA reste rare sur le continent africain. Même s'il augmente, avec le développement de programmes de conseil et de dépistage et celui des programmes de réduction de la transmission mère-enfant du VIH, qui proposent systématiquement le test de dépistage aux femmes enceintes, la grande majorité des personnes vivant en Afrique n'ont pas fait le test de dépistage du VIH et vivent dans la crainte d'être infectées, sans cependant connaître leur statut sérologique.

C'est dans ce sens que Desgrées du Loû (2005) souligne lorsque le mari est au courant du statut sérologique de sa femme, il peut exister une pression de la belle-mère pour faire un autre enfant et les femmes craignent que ces dernières influencent leurs fils et l'entraîne à

divorcer ou à prendre une seconde épouse. Un deuxième risque est celui d'être étiquetée comme malade puisque non fertile. C'est pourquoi l'adoption des mesures de prévention est souvent très difficile en Afrique que ce soit en ce qui concerne la sexualité que la procréation car malheureusement les impératifs familiaux, sociaux et affectifs paraissent plus importants que la préservation de la santé d'un des membres du couple, voire même que le risque de donner naissance à un enfant infecté (Desgrées du Loû, 2005).

Par ailleurs, à côté des impacts sur les plans somatiques, sociaux, et comportementaux qu'il engendre, le VIH/SIDA cause insidieusement selon Gokaba (2020) de nombreuses et profondes souffrances psychologiques telles que l'anxiété, la dépression, le désespoir, les défaillances dans les liens et parfois est la cause des ruptures dans les couples. De même elle est une maladie très difficile à accepter car l'annonce de son statut à son entourage est très difficile, et en particulier à son ou sa partenaire sans risquer d'être assimilé à un (e) infidèle. Et cette difficulté amène le malade à avoir peur de divulguer son statut et aussi par la suite de contaminer son conjoint et ses enfants à venir.

C'est pourquoi, aborder la situation du couple sérodiscordant d'un point de vue psychologique, permet de mettre en évidence des perturbations possibles au niveau de l'appareil psychique du couple pouvant entraver le bon fonctionnement de leur relation. Car la maladie grave retentit non seulement sur le soma du malade mais aussi sur son psychisme et celui de son entourage (Nguimfack, 2016). En effet la survenue de la sérodiscordance dans un couple serait un véritable problème qui affecte non seulement le conjoint séropositif mais aussi celui séronégatif. Ceci se justifie en nous référant à Kaës (1984) par le fait que le couple qui est un lieu de ressentis et de co-éprouvés entretient un lien d'alliance dans lequel si l'un subit, l'autre ressent. En conséquence, une blessure psychique grave chez l'un des partenaires entraîne des souffrances chez l'autre (Kaës, 1984 ; cité par Joubert, 2003). En outre, le VIH est vécu comme une menace de l'anéantissement de l'autre, en tout ou en partie (Kaës, 2013).

1-2- POSITION ET FORMULATION DU PROBLEME

Suite aux évolutions religieuses et sociétales, la façon de reconnaître et de concevoir le couple s'est vu influencé par les différents buts assignés à ce dernier tels que la procréation, l'héritage et bien encore la signification religieuse. (Guéguen, 2017).

En Afrique comme ailleurs, plusieurs sociétés reconnaissent différentes formes d'union, de l'union dite libre, c'est-à-dire sans cérémonie, à des formes de mariage largement codifiées, que ce soit les mariages dits coutumiers, religieux ou civils. Si les systèmes matrimoniaux en

Afrique diffèrent d'une société à l'autre, un certain nombre de traits communs se retrouvent dans ces sociétés lignagères : l'union concerne davantage les groupes de filiation que les individus, surtout en milieu rural. Tijou Traoré (2006) quant à lui conçoit le couple comme un cadre de vie matériel et immatériel (social, affectif) au sein duquel deux personnes de sexe opposé, liées par des intérêts, des engagements et des projets communs, ont décidé de vivre ensemble quel que soit leur statut résidentiel et leur forme d'union. Et en Afrique en particulier, le couple s'inscrit dans une dynamique de changements, en particulier à l'égard des rapports hommes femmes. A cela s'ajoute selon Gokaba (2020) un partage entre les deux acteurs d'une sexualité reconnue socialement et accompagnée.

Selon Grimaldi (2006), la survenue et l'annonce d'une maladie que l'on ne peut pas guérir même si on peut la soigner, viennent briser le vécu fluide du temps car en raison même de son incurabilité elle bouleverse le rapport au temps. En d'autres termes l'homme sachant bien que la mort l'attend au bout du chemin se comporte au quotidien comme si la vie n'avait pas de fin parce que le terme n'est pas fixé. La survenue de la maladie viendra ici changer si ce n'est le sens, la tonalité de la vie et ceci en brisant l'utopie inconsciente de l'immortalité. En imposant des contraintes et parfois des handicaps, la maladie modifie les rapports aux autres et finalement les rapports à soi. Elle impose ainsi un travail d'acceptation que l'on peut assimiler au travail du deuil. Ainsi selon lui, face à l'annonce de la maladie chronique, certains se résignent et portent le deuil le reste de leur existence en relevant le défi puisqu'il vient en quelque sorte annoncer que la vie sera brève. De ce point de vue l'on constate donc que, la maladie est non seulement vécue par la personne malade mais également par son entourage.

Lorsque la maladie grave survient, des changements prennent place allant des transformations de l'être aimé qui sont observées au niveau de l'intimité du couple qui peut ne pas résister à l'expérience traumatisante de l'incertitude, de la dépendance ou de la confusion d'identité à la possible rupture et ceci dans une triple dynamique (celle du couple avant la maladie, celle de l'effraction de la maladie et des traitements et enfin celle quand la mort du malade approche, de la perte annoncée et du deuil). L'espace de couple, autrefois lieu de refuge et de réassurance, peut devenir sidérant, inquiétant, étouffant. Impossible alors, pour celui qui peut-être va mourir et celui qui est en santé de s'appuyer l'un sur l'autre (Marin, 2017).

C'est le cas de l'annonce du statut positif au VIH/SIDA au sein de couples sérodiscordants. Le VIH/SIDA dans le couple pourrait ainsi faire effraction tant chez le malade que chez le conjoint et aussi au niveau du couple, contraignant à un double processus

d'élaboration psychique individuel et groupal (Proia-Lelouey, 2017). Dans cette perspective, comment le couple fera face à cette adversité qui s'annonce sous forme de maladie à risque léthal et qui pourrait susciter de multiples changements chez les deux partenaires ?

Les études sur le VIH ont longuement été faites sous l'angle des groupes à risque tels que : prostituées, routiers, migrants, etc... À côté de ces derniers, un autre groupe est à prendre en compte celui de la famille en général et du couple en particulier, car le VIH / SIDA n'est plus une question seulement du seul malade mais aussi de son environnement familial puisque la maladie affectera aussi les autres (le partenaire séronégatif dans le cas du couple et les enfants à venir dans le cas où la femme enceinte est séropositive) (Desgrées, 2015).

Des auteurs tels que Traoré (2006), en abordant la question de la sérodiscordance du couple met en exergue le déséquilibre qui entraîne la survenue du VIH dans le couple. En effet, une fois l'annonce du nouveau statut faite, le partenaire séropositif pourrait être vu d'abord comme porteur d'une maladie avant d'être une personne singulière (comme en témoigne l'attitude des maris qui s'éloignent de leur épouse car ils ont peur d'être contaminés) et par là comme un individu qui possède une caractéristique incompatible avec le statut de conjoint.

Selon le même auteur au niveau de la relation conjugale il va s'effectué un changement car les deux conjoints vont devoir désormais gérer à deux le secret et masquer le stigmat qui menace l'identité individuelle de chacun et du couple mais aussi gérer la maladie et son traitement. Le partenaire séronégatif va alors pouvoir assurer un rôle de soutien dans la lutte contre la maladie. Ce n'est donc pas seulement l'identité personnelle de l'individu malade qui change, se sont aussi les rôles dans lesquels les individus sont engagés qui peuvent changer et se tourner de plus en plus vers la gestion de la maladie ou du stigmat.

Selon Traoré (2006), une fois l'annonce du statut faite, chaque couple réagit selon les modalités différentes en fonction de son histoire de vie, de la façon dont chacun des membres perçoit la vie en couple, des ressources morales dont chacun dispose, de leurs représentations du risque lié au VIH et des relations avec l'entourage familial.

Coulibaly (2006) quant 'à lui a mis en exergue un aspect lié à la stigmatisation que peut engendrer le nouveau statut du conjoint, dans le monde commun conjugal. De même, il met en évidence le rôle de la conversation conjugale et du discours du spécialiste pour canaliser le partenaire séronégatif afin d'éviter la destruction de la relation conjugale. Au-delà de cela, des

interrogations persistent en ce qui concerne les processus psychiques mobilisés par le couple sérodiscordant pour faire face et surmonter la crise induite par la séropositivité du conjoint.

Le conjoint, malade ou non, devient une figure étrangère dont on peut avoir très peur, que l'on cherche à fuir, ou que l'on attaque pour survivre, rester soi-même. Dès lors, on peut dire que la maladie grave provoque forcément une évolution du couple, mais que celle-ci reste imprévisible. Elle peut aller de l'étayage mutuel dans la relation d'aide et d'amour, à la rupture la plus radicale, à la mise à distance et au deuil anticipé du conjoint et du couple (Marin, 2017). En plus de cela, selon Winnicott (1962/1989) la survenue de la maladie chronique vient rompre l'illusion d'immortalité et démailler, dans une brutalité inouïe, le sentiment de continuité d'existence. Elle va ainsi provoquer une rupture de la continuité vitale de la personne atteinte (Deschamps, 1997/2000).

L'annonce peut aussi toucher le conjoint ou la conjointe, provoquant un vécu de perte imminente, un sentiment d'abandon, voire de trahison. Parallèlement au vécu de perte, émerge de la culpabilité face au sentiment de ne pas avoir su protéger le conjoint malade (Seigneur, 2004). Elle va toucher le couple dans ses composantes corporelle-sexuelle et psychique. Elle va provoquer une rupture de l'enveloppe du groupe conjugal et mettre à mal le corps du couple (Ruffiot, 1984), illusion créatrice faite d'un partage de sensations et de ressentis. Elle va enfin faire voler en éclat son organisation défensive (Möhring, 2005). On peut s'attendre, en particulier, à une désintrication de l'ambivalence, avec émergence de mouvements agressifs fortement culpabilisés. Elle vient mettre à l'épreuve sa structure, ses fondements.

Les partenaires, sans avoir le temps d'absorber l'annonce traumatique de l'évènement (au sens où elle se caractérise par sa violence, son intensité, l'incapacité où se trouve le couple d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes), doivent affronter un nouveau temps, celui des soins, temps placé sous le signe de la paradoxalité.

➤ Celle, tout d'abord, des demandes du corps médical envers le patient, qui exige tout à la fois une attitude combative contre la maladie et une soumission totale à l'observance de traitements invasifs, douloureux et épuisants (Derzelle 2003).

➤ Le couple également, qui doit accepter une régression massive sur la fonction transitionnelle, tout en maintenant une ouverture vers les autres fonctions. En effet, les soins nécessitent une certaine forme de parentification du lien conjugal qui sollicite à la fois les capacités régressives du sujet malade et les capacités maternantes du conjoint.

Force est de noter que la plupart de ces études s'intéressent au retentissement de la maladie dans le couple, et aux facteurs communicationnels dans l'annonce de la séropositivité au partenaire sain, dans la gestion des questions en rapports avec la sexualité, la procréation et l'acceptation de la maladie de l'autre. Mais très peu d'entre elles rendent compte des processus psychiques œuvrant dans le sens du maintien du couple malgré l'aspect traumatique de la situation de sérodiscordance.

Cette situation constitue une crise du couple qui se trouve aux antipodes des crises conjugales structurantes. En effet, l'annonce de la séropositivité d'un des conjoints est une véritable crise déstructurante qui peut paralyser le fonctionnement conjugal comme dans le cas de bon nombre de maladie, de deuil et d'accident pouvant constituer un traumatisme et figer le fonctionnement fantasmatique (Ezequiel A. Jaroslavsky, Irma Morosini).

Kaës définit la crise comme « *le changement brusque et décisif dans le cours d'un processus* » (Kaës, 1979, p. 14). Ce changement ne se limite pas aux transitions développementales naturelles mais bien aussi à « *des formes de crises de vie sur lesquelles une organisation psychique, mise en place et fondée sur l'utilisation de certains mécanismes de défenses ou d'aménagements, bute sur sa limite et la limite des systèmes de compensation que le sujet avait mis en place* » (Roussillon, 2012, p. 8). Ainsi, ces formes peuvent se retrouver au moment d'un accident de vie ou bien d'une rupture sentimentale par exemple.

Dans le cadre du couple, cette crise va avoir des retentissements sur le lien conjugal. Ce lien cristallise intensément les productions de l'inconscient et mobilise la libido sous tous ses registres (sexuels, oniriques et fantasmatiques, symptomatiques et créatifs).

Selon Eiguer (1984) le lien est une entité à part entière qui dans le couple se subdivisent en liens narcissiques et liens libidinaux. Pour lui, au sein du couple, ces deux types de liens s'articulent et leur équilibre permet la permanence de l'alliance. L'articulation et l'équilibre de ces liens permettent à l'objet-couple décrit par Ruffiot (1984) de s'aimer tel une entité au même titre que le Moi individuel s'investit narcissiquement.

Dans les couples sérodiscordants, cet équilibre indispensable au maintien de l'alliance est mis à mal car l'annonce du statut sérologique d'un des conjoints va créer un déséquilibre entre ces deux types de liens. Ce qui est pour Ruffiot (1984) une source de fragilité au sein du couple. Face à cette fragilité, le couple peut passer de l'état d'illusion de deux corps pour une psyché (amour) à un état de désillusion (désamour) (Ruffiot, 1984, p. 120).

Dans ce registre, la sérodiscordance attaque les fantasmes de peau commune, d'un corps commun et d'une psyché commune qui sont par ailleurs les fantasmes de base du couple (Anzieu, 1986). Ce qui a pour conséquence la rupture du fantasme gémellaire qui est fondateur du couple. Dans ce cas, du fait de cette « chose » qui s'attaque au corps de l'autre, les conjoints cessent de se vivre comme des doubles imaginaires, comme deux êtres identiques ou symétriques inversés et complémentaires (Anzieu, 1993). Les processus inconscients des deux partenaires qui selon Lemaire (1975), devraient interagir, s'interpénétrer, s'équilibrer, le plus souvent malgré les changements radicaux des conditions extérieures pourraient être mis en difficultés. Et par conséquent le « soi-conjugal » en tant qu'instance sur laquelle le couple structure ses liens narcissiques ne remplirait plus ses fonctions. Ceci du fait que ses composantes que sont le sentiment conjoint d'appartenance, l'habitat intérieur et l'idéal du moi conjugal ne seraient plus communes aux conjoints. Le couple sérodiscordant face au diagnostic serait donc un couple en crise conjugale.

Ruffiot (1984) décrit cette crise du couple comme une souffrance de l'appareil psychique conjugal et propose une interprétation purement groupale de la crise duelle. Pour Anzieu (1986, 1996) la crise du couple est une désillusion, qu'il a métaphorisé autour de la « scène de ménage ».

Pour traduire la réalité psychique des couples en crise, Ruffiot (1984) a parlé de désamour. La crise est la mise en acte de la potentialité de souffrance. Le désamour n'est ni absence d'amour ni indifférence, il est, comme le dit Ruffiot (1984) un « amour en souffrance ». Pour Eiguer *et al* (1991) les couples en crise à l'instar des couples sérodiscordants « *vivent, revivent des phénomènes psychiques de même nature que ceux expérimentés dans l'état amoureux mais en négatif ; leur appareil psychique développe les mêmes mécanismes de défense que ceux qui prévalent dans le fonctionnement amoureux (déli, clivage, idéalisation), mais dans un but de désancrage des corps l'un envers l'autre et des psychés l'une par rapport à l'autre* » (p.138).

Cette crise se manifeste en intra et inter psychique au sein du couple par une déception que le sujet éprouve face à « *la défaillance supposée de l'objet qui ne semble plus répondre à tous ses désirs* » (Smadja, 2011 p. 140-141). Même si le partenaire ou objet amoureux externe n'a pas changé, « *c'est l'objet amoureux interne qui paraît faillir, ressenti alors comme étant insatisfaisant* » (Smadja, 2011 p. 139). De là, nous comprenons que dans le couple sérodiscordant, la crise se manifesterait par la déception qu'éprouve l'un des conjoints vis-à-

vis des modifications de son objet amoureux interne qu'introduit la séropositivité de l'objet amoureux externe qui semble ne plus répondre aux attentes et désirs.

Cette déception traduirait donc la modification de la réalité psychique du conjoint. Ce qui peut déboucher sur un processus de rupture de l'idéalisation et du clivage qui rend compte du « *retour des pulsions agressives auto et hétéro, à la réorganisation d'une véritable ambivalence naturelle nécessaire au bon fonctionnement de la relation d'objet. Ce qui peut être difficilement supportable* » (Smadja, 2011 p. 139).

Face à la crise conjugale, il existe plusieurs issues dont la rupture ou le dépassement sont les principales. Dans ce dernier cas de figure, le couple est un système ouvert qui va mobiliser des capacités créatrices pour surmonter la crise et l'élaborer.

Pour Dupré la Tour (2005, p. 47), le dépassement des crises dans le lien n'est possible que si la désillusion a pu avoir lieu, si l'entité couple tient et fournit un étayage au lien. Ce dépassement implique donc une véritable réorganisation à travers la reconstitution du lien, de nouvelles collusions. Pour cela, elle décrit ce travail psychique de dépassement des crises comme un *organisateur de la psyché* de chacun des conjoints. Le travail psychique du lien dans le couple n'est jamais terminé, car il a à retravailler les identifications dans un processus continu de changement. Il est soutenu dans cet effort par le désir de durée et l'érotisation de la relation, condition primordiale pour que les conjoints puissent continuer à investir le lien, à le faire travailler et à s'investir dans les périodes de crises (Dupré la Tour, 2005, p. 49). Pour elle, le dépassement de la crise permet ainsi « *une maturation des conjoints par élaboration ou réorganisation des éléments pris dans la collusion. Cette maturation permet un lien plus solide avec ce partenaire-là ou avec un autre, et crée de nouvelles collusions ouvrant sur un remaniement de l'organisation défensive* » (Dupré la Tour, 2005, p. 44).

Allant dans le même sens, Robert (2015) décrit l'équilibre du couple comme la capacité de celui-ci à vivre les déséquilibres dans une recherche constante d'espace psychique individuel et groupal. C'est l'enveloppe et la libido qui font tenir un couple. Ainsi la libido se caractérise dans le couple comme un équilibre entre les mouvements de pulsions d'amour et de tendresse, maintenant une tension permanente entre le désir sexuel et l'état amoureux. C'est cette tension au sein du couple qui permet le maintien des liens.

Selon Benhaim (2013), pour surmonter la crise, le couple va faire recours à un travail psychique qui va reconstituer l'illusion initiale : une idéalisation de l'objet amoureux, un

clivage qui va partager le bon et le mauvais objet. Le bon objet sera à l'origine du couple, le mauvais sera à l'extérieur constitué par tout ce qui peut attaquer le couple. Cela pourra conduire à des mouvements agressifs à l'égard de tiers perçus comme animés d'intentions hostiles à l'égard du couple. En fait ces intentions hostiles sont de nature projective : le couple projette sur ces tiers l'agressivité qu'il ne saurait manifester dans son propre espace psychique couple sans retomber dans un nouvel état de crise. Vis-à-vis d'eux-mêmes, les conjoints manifesteront des sentiments et des conduites possessives (Benhaim, 2013).

En résumé, à la suite des théoriciens du dépassement de la crise conjugale (Dupré la Tour, 2005 ; Benhaim, 2013 ; Robert 2015), qui pensent que le couple, pour dépasser la crise devrait faire un travail psychique qui lui permettra de reconstituer l'illusion initiale (idéalisation de l'objet amoureux). L'analyse des entretiens menés auprès des couples sérodiscordants nous a permis de noter que malgré les retentissements de la survenue de la maladie suite aux premiers jours de l'annonce (les ressentis et émotions négatifs perçus, les angoisses de séparation, les sentiments de trahison et de culpabilité, les partenaires qui restent stoïques, n'y croit pas, pense que c'est un rêve, ne s'alimente plus, ne dorment plus etc...) les partenaires relativisent la situation et le conçoivent (le VIH/SIDA) comme tout autre maladie qu'il faut accepter et gérer ensemble. De même par la suite avec le temps, les partenaires se retrouvent, resserrent leurs liens et sont plus attentionnés les uns envers les autres et continuent à se protéger et se projeter ensemble. Nous avons constaté que dans ces couples, le travail du négatif est le socle du réaménagement du lien conjugal.

Autrement dit, chez le couple sérodiscordant, c'est le travail du négatif qui est garant du réaménagement psychique du lien conjugal car il permet aux couples de donner du sens aux souffrances qu'ils vivent et ainsi de s'adapter à la nouvelle situation et d'avancer d'ensemble. Alors que pour les théoriciens du dépassement de la crise conjugale, c'est la reconstitution de l'illusion initiale (idéalisation de l'objet amoureux) qui est garante du réaménagement psychique du lien conjugal.

1-3- QUESTION DE RECHERCHE

En référence à notre problème de recherche, la question à laquelle cette étude va s'appesantir à trouver des réponses est formulé comme suit : *comment le travail du négatif œuvre-t-il pour le réaménagement psychique du lien conjugal dans le couple sérodiscordant ?*

Cette question de recherche appelle une réponse provisoire, qui est formulée dans le but de guider la recherche, c'est-à-dire une hypothèse.

1-4- HYPOTHESE DE LA RECHERCHE

La sérodiscordance pourrait être selon Laplanche et Pontalis (1981) vécue comme, cet évènement violent qui surgit sans avertissement et auquel le couple n'est pas préparé et dont le dépassement dépendrait indispensablement de la capacité de ce dernier à faire un travail psychique visant la réorganisation et l'établissement d'un nouvel équilibre psychique.

Autrement dit, la survenue du VIH dans le couple bien que constituant une crise qui viendra bouleverser l'harmonie du couple, représente aussi ce par quoi la nécessité de chercher appui, de trouver un renfort et un réconfort est importante car par le dérèglement ou désorganisation vient aussi celle dynamique de créer de nouvelles régulations et d'y trouver plaisir. De même, la crise révèle par la perturbation, le socle, la régulation et les ressources de l'être c'est-à-dire les étayages du psychisme. En d'autres termes, la survenue de la maladie à VIH/SIDA constitue cette menace génératrice d'angoisse et qui fonctionne comme un signal d'alarme activateur de mécanismes d'extinction de la crise. Et ces mécanismes impliquent le recours à une action régulatrice efficace génératrice de nouveaux équilibres structureaux dont l'action vise à éliminer les aspects psychologiques de la crise.

C'est dans le même sens que Jung ajoute que « Les crises, les bouleversements et la maladie ne surgissent pas par hasard. Ils nous servent d'indicateurs pour rectifier une trajectoire, explorer de nouvelles orientations, expérimenter un autre chemin de vie ». Ceci dit, dans son action régulatrice, la maladie va induire chez le couple la mise en place d'un travail psychique qui viendra réorganiser le psychisme commun et rétablir un nouvel équilibre. Ce travail psychique ici consiste à penser le lien du couple par le négatif dans la dimension de ce qui fait défaut et par conséquent nécessite un travail du négatif dans une alliance avec l'autre et avec plus d'un autre.

Sur la base de ce qui précède, nous formulons l'hypothèse de recherche comme suit : *au sein du couple sérodiscordant, le travail du négatif œuvre pour le réaménagement psychique du lien conjugal au travers de la mise en place des mécanismes de défenses associés à des étayages multiples.*

1-5- OBJECTIF DE LA RECHERCHE

L'objectif de notre étude est donc d'appréhender le réaménagement psychique du lien au travers des mécanismes de défense et des étayages multiples mis en œuvre par le couple face à la crise.

1-6- INTERET DE L'ETUDE

Les intérêts de cette étude peuvent être regroupés sous trois plans : scientifique, social et personnel.

1-6-1- INTERET SCIENTIFIQUE

Notre travail est une mise en pratique des enseignements théoriques jusqu'ici reçu. Il est nécessaire et aide à la compréhension des mécanismes mis en jeu par le couple afin de surmonter le traumatisme lié à la sérodiscordance. Par ce fait, cette étude va permettre de faire une centration sur le vécu de cette situation par le couple et aider à la compréhension des éléments inconscients qui permettent à ce dernier de faire face à cette situation étrangère qui constitue la survenue du VIH/SIDA chez un des partenaires. Ceci se fera par l'entremise des mécanismes de défenses mis sur pied lors d'un travail du négatif élaboré par l'appareil psychique conjugal. Par ailleurs, cette étude serait d'un grand intérêt sur le plan clinique car les résultats de cette dernière peuvent être exploités pour l'accompagnement psychologique des couples sérodiscordants à la suite de l'annonce du statut VIH positif de l'un des partenaires. Aussi ils peuvent être utilisés pour la préparation des couples au pré-test et au post-test du test de dépistage du VIH (counseling).

Et dans ce sens nous apporterons de nouvelles connaissances dans la prise en charge des couples.

1-6-2- INTERET SOCIAL

Le VIH reste aujourd'hui, pour les individus infectés, une marque qui les fait entrer dans une catégorie à laquelle on reconnaît moins de droits qu'à d'autres, une classe d'individus qui restent encore en sursis. Le statut « VIH+ » demeure un signe de discrédit profond pour celui qui le porte. De cette catégorie abstraite des individus séropositifs peuvent émerger différents groupes concrets comme celui, des couples sérodiscordants. (Giraud, 2006). Cette étude contribue ainsi à montrer les difficultés auxquelles font face cette fois ci, non plus seulement le séropositif mais le couple ayant en son sein un partenaire séropositif, et un autre séronégatif. En effet, ce travail permettra comme les précédents d'enlever le tabou et le stigmaté liés à la

question de la sérodiscordance dans le couple, mais au-delà elle permettra d'édifier les populations et plus précisément les couples par rapport aux facteurs sur lesquels ils peuvent s'appuyer pour surmonter l'adversité. Au-delà de cela elle permettra d'édifier lors des campagnes de sensibilisations les populations sur les possibilités qu'ont les couples de maintenir leurs relations même ayant des statuts sérologiques divergents.

1-6-3- INTERET PERSONNEL

En tant que jeune étudiante qui aspire à devenir une bonne praticienne à l'avenir, il est nécessaire pour nous de faire cette étude pour avoir une bonne maîtrise de la problématique. Ceci permettant de résoudre un besoin chez nous qui est celui de se rendre utile en venant en aide aux personnes en souffrance. Aussi cette étude est pour nous le pont à traverser pour accéder enfin au titre de psychologue clinicienne et avoir un emploi digne.

1-7- CLARIFICATION DES CONCEPTS FONDAMENTAUX DE L'ETUDE

1-7-1- REAMENAGEMENT PSYCHIQUE

a- Réaménagement

Dérivé de « aménagement » avec le préfixe « ré ». Il renvoie à l'action de réaménager c'est-à-dire aménager d'une autre façon, apporter des modifications à quelque chose. Aménager de nouveau, sur des nouvelles bases.

b- Psychique

Dérivé du grec ancien [ψυχικός](#), *psykhikós* et relatif au psychisme, à la psyché, à l'esprit en général, mental au sens large ; c'est l'objet d'étude de la psychologie qui concerne la vie mentale, dans ses aspects conscients et/ ou inconscients. (Dictionnaire de l'Académie Française, huitième édition (1932-1935)).

Par analogie nous entendons par « réaménagement psychique » un aménagement à nouveau des éléments du psychisme suite à une crise et dans le but d'intégrer les nouveaux changements et de pouvoir s'adapter. Et dans notre étude il s'agira, de la réorganisation des éléments qui constituent le psychisme commun du couple.

1-7-2- TRAVAIL DU NEGATIF

Le négatif est selon Green (1993, 2011), une logique de l'ombre qui réclame son dû, là où le positif qui se donne dans la lumière voudrait accaparer à lui tout seul la visibilité du psychisme du sujet, que celui-ci soit éveillé ou endormi. **Le négatif** devient selon Green (1995), condition d'une autre existence)

Selon Hegel, le **négatif** (*das Negativ*) n'a pas la plupart du temps le sens courant, qui en fait l'état second et relatif d'une chose ou d'un discours sur lesquels porte une négation, la forme positive, présente ou affirmative étant première. Ce n'est pas non plus le simple opposé du positif, son envers ou son double inversé, comme c'est le cas pour les nombres négatifs à l'égard des positifs, ou le négatif d'une photo à l'égard du positif du tirage. Ainsi quand il parle du négatif de quelque chose, ce dernier n'a pas simplement la valeur d'une inversion. Le négatif est principalement un moteur ; c'est lui qui impulse continuellement le mouvement raison pour laquelle on parlera indistinctement de négativité et de travail (action, force, énergie) du négatif ; La notion de négatif est alors la traduction d'un point de vue dynamique porté sur la négativité. (Pagès, 2015)

La négativité étant l'autre nom d'une négation qui serait réfléchie, dynamique et légiférant ou structurante et dont l'énergie est le négatif. **La négativité** désigne l'ensemble d'un processus dont le négatif et la négation précisent deux aspects.

Le travail du négatif est « le moteur de la pensée et se développe dialectiquement selon un rythme ternaire : affirmation, négation, négation de la négation. Hegel (1946). Il rend compte du processus de négation qui engendre une réalité positive, c'est ce qui met en mouvement, modifie, déplace, reconfigure dynamiquement un état psychique. (Hegel, 1999)

Frick (1987) l'envisage pour sa part comme un déchirement du sujet, ce "moment dialectique", celui de la négation de la thèse, laquelle ne la détruit pas mais transforme par la négation ».

Le principe du travail psychique du négatif est de nier pour construire, se nier pour se défendre. Il mobilise donc la négation à contre-emploi, puisqu'au lieu d'engendrer un résultat négatif, celle-ci devient le moyen d'une certaine élaboration. **La négation** c'est l'action de refuser de reconnaître comme sien une pensée, un désir ou un sentiment qui sont source de conflits intrapsychiques. Il en existe deux : la négation absolue ou totale et la négation partielle ou relative.

Le travail du négatif est l'ensemble des défenses psychiques (refoulement, désaveu, forclusion, négation etc...) qui ont en commun leur obligation de statuer par oui ou par non sur un quelconque élément de l'activité psychique, pulsion, représentation de chose ou de mot, perception, qui sont les instruments et les processus par lesquels le jugement psychique est prononcé Green, (2006). C'est encore l'ensemble des opérations psychiques dont le

refoulement est le prototype (premier exemplaire d'un modèle) et qui a ultérieurement donné naissance à des variantes distinctes telles que la négation, le désaveu et la forclusion (Green, 2006).

1-7-3- COUPLE

Selon Le Robert (2013), Le mot couple désigne généralement « une paire de choses qui, ensemble, constitue une entité nouvelle avec des propriétés spécifiques ; se dit du mari et de la femme ou équivalents (union libre, PACS, etc.), de deux amis, de deux personnes vivant ensemble ou agissant ensemble ; du mâle et de la femelle chez les animaux ».

Le terme de couple est d'abord apparu dans le champ des sciences dures : en mathématique, le couple est un ensemble ordonné de deux éléments, éventuellement identiques ; en physique et en mécanique, le couple désigne tout système d'actions mécaniques dont la résultante est nulle.

Du point de vue social, il y a souvent confusion entre couple, mariage et famille ; parfois le mot employé est « ménage » pour évoquer le couple. En fait, l'utilisation du mot « couple » pour signifier une relation entre deux êtres qui ont mis en commun des intérêts (affectifs, sexuels, sociaux, financiers, etc.) et quelques fois leur filiation, est relativement récente, datant tout au plus d'une quarantaine d'années.

Sur le plan juridique, le terme couple est rarement employé en droit civil, en effet dans le code civil il est question d'époux, de concubins ou de partenaires. A son origine, le code civil désignait le couple comme deux personnes mariées, et cette notion était à la base de la famille mais aujourd'hui cela a évolué du fait de la multitude de formes d'unions comme par exemple le PACS ou le concubinage. Le couple (dérivé du latin copula qui signifie lien) est ainsi « une union que forme un homme et une femme, entre lesquelles existent des relations charnelles et en général une communauté de vie, soit en mariage, soit hors-mariage, en concubinage ou dans les liens d'un PACS » (Cornu, 2014).

Traoré (2006), définit quant 'a lui le couple comme un cadre de vie matériel et immatériel (social, affectif) au sein duquel deux personnes de sexe opposé, liées par des intérêts, des engagements et des projets communs, ont décidé de vivre ensemble quel que soit leur statut résidentiel et leur forme d'union. Et en Afrique en particulier, le couple s'inscrit dans une dynamique de changements, en particulier à l'égard des rapports hommes femmes.

Lemaire (1979) décrit le couple comme : « un ensemble structuré alternant entre processus d'organisation, de désorganisation et de réorganisation entre les partenaires » (Lemaire, 1979 in Smadja, 2011, p.69).

Selon Gokaba (2020), le couple renvoi à un partage entre deux personnes d'une sexualité reconnue socialement et accompagnée.

Envisagé sous l'angle de la systémique, disent Alberne et Alberne (2008), « le couple est le plus petit des systèmes qui existe. Il représente l'union affective – pas nécessairement sexuelle - de deux personnes, les conjoints.

Cette union affective est durable, ce qui fait dire parfois que le couple est l'histoire d'une rencontre qui dure, entre deux partenaires qui n'arrivent plus à se séparer ». Il est le seul système humain pour lequel le nombre de canaux relationnels (la relation de deux à deux) est inférieur au nombre des personnes qui le composent. Très vite, ce nombre augmente avec l'introduction des membres de la famille. (Maestre, 2009)

Ainsi, le couple se définit par un projet, une durée et une reconnaissance sociale. C'est l'engagement que les partenaires d'une relation amoureuse font sur cette relation en se reconnaissant couple et en se faisant reconnaître comme tel par leur environnement. La mutation de l'état amoureux en investissement amoureux puis en couple implique un projet, le désir de durer pour matérialiser ce projet et une certaine stabilité. À partir de là, la relation, pour durer, entre dans un processus dynamique, alternant des périodes d'équilibre et des périodes de déséquilibre, de crises qui sont des recherches de nouvel équilibre. Cette alternance oblige le couple et les partenaires du couple à des transformations constantes qui rendent le couple vivant, dynamique et offrent aux partenaires un lieu d'évolution personnelle ; au demeurant, le couple est une entité spéciale.

1-7-4- COUPLE SERODISCORDANT

Composé de « Séro » et de « discordant », un couple sérodiscordant également connue sous le nom de couple à statut mixte, est celui où un partenaire est infecté par le VIH et l'autre pas. (OMS Oluyemisi Akinwande, 2019)

1-7-5- ETUDE DE CAS

La méthodologie de l'étude de cas est une méthodologie de recherche très prisée en sciences sociales, utilisée pour étudier des phénomènes complexes nouveaux en situation réelle

ou

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE

étendre les connaissances sur des phénomènes déjà investigués. Les études de cas apportent ainsi une analyse détaillée et en profondeur sur un nombre limité de sujets (Barlatier, 2018).

En effet, c'est la base même de la pratique clinique car elle permet au chercheur d'appréhender le sujet à travers sa pathologie mais surtout à travers son histoire et sa personnalité, donc dans sa globalité. Elle est indispensable dans les situations où le chercheur veut investiguer le « comment » et le « pourquoi » des phénomènes. Elle s'avère aussi utile dans les situations où le chercheur a peu de contrôle sur les événements étudiés, les situations où l'attention est dirigée vers des phénomènes contemporains dans un contexte de vie réelle.

L'étude de cas est utile aussi pour tirer des apprentissages d'événements qui se produisent rarement. Toutefois, lorsqu'elle est utilisée dans le cadre d'une recherche quantitative, la technique de l'étude de cas doit se conformer aux exigences de rigueur, de contrôle et de reproductivité du positivisme scientifique pour que les résultats obtenus soient jugés crédibles. (Yin, 1984 cités par Collerette, 1996).

La revue de la littérature encore appelé recension des écrits rassemble, analyse et organise plusieurs articles ou contenus scientifiques, afin de proposer une vue globale des avancées scientifiques d'un domaine. Dans le cadre de notre recherche, elle s'est faite sur le réaménagement psychique effectué au sein des couples sérodiscordants car suite à l'installation du VIH/SIDA dans leur vie, cette maladie affecte certes d'abord le couple sur le plan physique, mais aussi une affection psychique sera observée vu que le couple est un groupe qui a une organisation psychique particulière et la survenue de la maladie n'est pas sans retenti sur l'organisation préalablement faite par ces deux personnes. Pour cela il sera question pour nous tout au long de ce chapitre de présenter les parties suivantes : Bref aperçu sur le VIH/SIDA,

une approche définitionnelle diversifiée de la notion de couple, la sérodiscordance, la sérodiscordance et ses répercussions dans la vie du couple, et enfin une partie sera consacrée au travail du négatif et à un état des lieux sur le réaménagement psychique.

2-1- BREF APERÇU SUR LE VIH/SIDA

2-1-1- UN BREF APERÇU HISTORIQUE DU VIH /SIDA

Le SIDA est une infection chronique qui est due à la destruction du système immunitaire par un virus appelé VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) (Ranguin & Rozenbaum, 1987). Il a fait apparition dès les années cinquante en Afrique Centrale mais ces quelques cas sporadiques sont passés inaperçus. Les premiers groupes de patient suffisant pour définir le syndrome nouveau furent identifiés à Los Angeles et San Francisco en 1981, chez les homosexuels, respectivement par Mickael Gottlieb et Friedman Kien (Javaugues, 2014c). Ces deux médecins avaient découvert chez des malades jeunes une fréquence anormale de pneumonie à *Pneumocystis carinii* et de sarcome de Kaposi. « Ces deux maladies étaient connues ; on savait dès longtemps que la pneumocystose se rencontrait, par exemple, chez les enfants immunodéprimés de naissance ou pour toute autre cause, et que des greffés rénaux, chez qui le traitement antirejet entretient un certain niveau d'immunodépression, étaient atteints d'infections opportunistes ou, parfois, de sarcome de Kaposi. Mais le grand mérite de Mikael Gottlieb et Friedman Kien fut d'attirer l'attention sur le fait que ces deux maladies atteignaient des sujets qui n'avaient apparemment pas de raison d'être immunodéprimés ». En même temps, d'autres constatations s'imposaient. Elles étaient de deux ordres. Sur le plan scientifique, les malades présentaient le même type d'immunodéficience : c'est la population des lymphocytes T4, l'une des clés de voûte des défenses naturelles de l'organisme, qui est préférentiellement frappée et qui disparaît. La chute des T4 "signe" le SIDA. Sur le plan médical, trois faits : la mortalité due à la maladie est lourde : de 40 % à 75 % des cas avec un certain recul ; la majorité des sujets atteints a moins de quarante ans ; le mal frappe sélectivement les homosexuels (75 % des cas) à partenaires multiples, ainsi que des bisexuels ». (Montagnier, 1983, p. 42-43). Après 3 ans de bataille juridico-scientifique, la primauté de la découverte du virus responsable du sida (VIH-1) a été attribuée à l'équipe du Pr Luc Montagnier en 1983, qui a isolée en 1986, en collaboration avec les médecins portugais, le VIH-2 (Gokaba, 2020).

Ainsi, l'origine virale de cette affection et ces principaux modes de transmission étaient connus et Le VIH/SIDA s'est ensuite répandu en Europe et le reste de la planète. Depuis ce qui

semblait n'être qu'une épidémie touchant la population homosexuelle américaine est devenue l'une des pandémies les plus graves au XXIème siècle (Sudre, 1998).

2-1-2- UNE ORIGINE AFRICAINE DU VIH/SIDA

D'après Gokaba (2020), les écrits indiquent que l'origine du VIH/SIDA remonte à 1908 à la suite de la transmission inter espèce du Simian Immunodeficiency Virus (SIV) entre les chimpanzés (*Pan troglodytes*) et l'homme dans le Sud-Est du Cameroun (Keele et al. 2006). Le premier foyer de l'épidémie s'est constitué à Kinshasa à partir des années 1959. Il a été démontré que la colonisation a joué un rôle majeur dans la diffusion de l'épidémie avec notamment, la déportation des populations des territoires de l'Afrique Équatoriale Française pour travailler dans la construction du chemin de fer Congo-océan (CFCO), les mines de Katanga (Congo-belge actuel RDC) etc...

Ces propos sont confirmés par Delaporte cité par Martine Peeters. « Les chercheurs ont donc pu remonter le temps et suivre à la trace la dissémination du virus grâce à la biologie moléculaire. Deux prélèvements oubliés, l'un fait à Brazzaville en 1959, l'autre à Kinshasa en 1960 (les deux villes ne sont séparées que par le tumultueux fleuve Congo), vont se révéler positifs au VIH-1 groupe M, précisément la souche qui s'est répandue dans le monde entier. Deux échantillons : assez pour déterminer qu'un ancêtre commun à ces deux souches devait exister autour de 1920. C'est à cette époque qu'un virus simien, similaire au VIH, mais baptisé SIVcpz, serait donc passé du chimpanzé à l'homme. Martine Peeters, qui a découvert les descendants de ce SIVcpz à la fin des années 1980 au Gabon, a ensuite réussi à en traquer la source jusqu'à l'extrême sud-est du Cameroun « dans une zone d'environ 200 km² » (Coquery-Vidrovitch et Lassagne, 2005).

Socpa (s.d) quant 'à lui pense que des préjugés ethniques et raciaux ont été véhiculés pour justifier l'origine africaine du VIH/SIDA, après que l'éventualité d'une origine simiesque (en rapport avec le singe) de l'épidémie ait été écartée. Pour de nombreux Africains, le VIH-SIDA est la maladie de « l'homme Blanc », il est le produit des multiples manipulations transgéniques dont seuls les chercheurs occidentaux ont le secret (Sabatier 1989). Ces débats sur l'origine et surtout la propagation du virus, ses modes de transmission s'appuient sur le fait que les premières personnes touchées à travers le monde se retrouvent dans la plupart des cas, parmi la couche des populations démunies des « tropiques » et des exclus de la prospérité socio-économique des pays industrialisés. Depuis près d'une décennie, les pratiques culturelles sont considérées comme des facteurs pouvant permettre d'expliquer le passage du virus de l'animal,

principalement du singe africain à l'homme (Touré 1995). Cette conception culturaliste de l'origine du VIH/SIDA a été renforcée par la tendance diffusionniste selon laquelle, la propagation du virus est liée essentiellement au phénomène migratoire, avec notamment le déplacement des populations des zones rurales avec les singes vers les centres urbains. De ce fait, le niveau de vie précaire et la promiscuité ambiante des populations agglutinées dans des bidonvilles ne pouvaient que favoriser des comportements à risque et une dissémination de la maladie (Clumeck 1989). Pour ces raisons, les premières conclusions anthropologiques attribuaient la propagation vertigineuse du virus aux pratiques et comportements sexuels des Africains qui les rendraient plus vulnérables à cette maladie. Selon V. Kimani (1989), la promiscuité sexuelle inhérente à la culture africaine permet d'avoir plusieurs partenaires sexuels conformément aux règles qui régissent les institutions sociales et les pratiques fondées par les systèmes de filiation et de succession, d'une part, et le système de croyance y référant, d'autre part (Gokaba, 2020).

2-1-3- DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DU VIH / SIDA

Depuis le début de l'épidémie, au début des années 80, plusieurs dizaines de millions d'hommes, de femmes et d'enfants ont été infectés. En 1998, plus de 42 millions de personnes ont été infectées par le VIH dans le monde et 12 millions en sont mortes. L'OMS estime que ce nombre augmente de 5,8 millions par an soit 15890 nouvelles infections chaque jour. Globalement, 90% des personnes infectées vivent dans les pays en voie de développement (PEVD).

L'épidémie concerne d'abord l'Afrique subsaharienne, les Etats-Unis et l'Europe occidentale. Puis de nouveaux foyers se développent en Amérique du sud et en Asie du sud et du sud-est. L'infection par le VIH devient alors une pandémie mondiale. Les derniers chiffres émis par le rapport ONUSIDA, fin 2006, estiment à 39,5 millions le nombre de personnes séropositives dans le monde, (37,2 millions d'adultes dont 17,7 millions de femmes et 2,3 millions d'enfants de moins de 15 ans). 4,3 millions le nombre de personnes nouvellement séropositives en 2006 et 2,9 millions, le nombre de personnes mortes du SIDA au cours de la même année de référence. Ce qui porte à plus de 25 millions le nombre de morts depuis le début de la maladie en 1981 (Institut Pasteur, 2006).

2-1-3-1- DANS LE MONDE

L'infection à VIH/SIDA est une pandémie dont l'extension est actuellement encore en constante progression dans certains pays. L'infection VIH tend à se stabiliser dans les pays industrialisés alors que la progression est encore élevée dans le pays en voie de développement (PEVD) peu sensibles aux mesures de protection individuelle. On note dans ces derniers l'importance de la transmission hétérosexuelle, alors que dans les pays industrialisés les homosexuels et les toxicomanes sont majoritairement touchés.

En 1998, plus de 42 millions de personnes ont été infectées par le VIH dans le monde et 12 millions en sont mortes. L'OMS estime que ce nombre augmente de 5,8 millions par an soit 15890 nouvelles infections chaque jour. Globalement, 90% des personnes infectées vivent dans les PEVD (Kabamba, 2004).

2-1-3-2- EN AFRIQUE

L'Afrique est la région du monde la plus affectée : 67% des personnes et : 90% des enfants infectés vivent sur ce continent où la transmission est presque exclusivement sexuelle. L'épidémie continue sa progression inexorable et s'alimente grâce à l'ignorance, la misère et l'insuffisance des moyens. (Kabamba, 2004).

2-1-4- ETIOLOGIE DU VIH/SIDA

Le virus se retrouve dans le sperme, le sang, le liquide vaginal et le lait maternel des personnes infectées. Le VIH est également présent dans la salive, la sueur et les larmes, mais en quantité insuffisante pour la transmission du virus. Il n'existe aucun cas de contamination à la suite d'un éternuement, d'une poignée de main, d'un contact avec des sièges de toilettes ou de piqûres de moustique. Lorsque le VIH pénètre dans la circulation sanguine, il envahit des cellules dénommées lymphocytes CD4+ essentielles à la réponse immunitaire. Le virus insère alors ses propres gènes à l'intérieur des cellules qu'il transforme en minuscules fabriques de nouvelles copies de son information génétique. Ainsi, petit à petit le nombre de virus augmente dans le sang tandis que celui des lymphocytes CD4+ sains diminue. La destruction de ces cellules entrave la capacité du corps à combattre les infections, le cancer et d'autres affections. Le SIDA est causé par un rétrovirus, du sous-groupe des lentivirus. Il a été appelé LAV (Lymphadenopathy associated virus) par l'équipe du Pr. Montagnier et HTLV-3 (human T-cell lymphotropic virus) par l'équipe du Pr Gallo. Les deux abréviations désignent le même virus adopté sous la nomenclature internationale HIV (Kabamba, 2004).

2-1-5- MODE DE TRANSMISSION

De sa découverte à nos jours, trois principaux modes de transmission ont été observés :

- **La transmission sexuelle** de l'infection VIH : au travers des rapports sexuels non protégés (vaginal, oral, ou anal) par contact direct avec les sécrétions du corps (sperme, glandes vaginales et cervicales infectés par le VIH).
- **La transmission sanguine** : soit par transfusion avec un sang infecté par le VIH, soit par un contact direct avec le sang infecté par le VIH (contamination professionnelle en milieu de soins et laboratoire). Partage d'aiguilles, de seringues, d'autres matériels d'injection, de matériel chirurgical ou d'autres instruments pointus

- **La transmission verticale** : il s'agit de la transmission de la mère à l'enfant qui peut survenir à différentes étapes de la grossesse : in utero, dans les semaines précédant l'accouchement, la période de l'allaitement présente également un risque d'infection pour l'enfant (Traoré, 2012).

2-1-6- PHASES ET EVOLUTION DU VIH/SIDA

En l'absence de dépistage précoce et de mise en route du traitement, l'infection par le VIH évolue en plusieurs phases : la première phase n'entraîne aucun symptôme spécifique : c'est la phase de séropositivité VIH asymptomatique. Le diagnostic de la maladie est fait grâce à la sérologie du VIH.

2-1-6-1- LA PRIMO-INFECTION OU PHASE DE SEROPOSITIVITE VIH ASYMPTOMATIQUE

Cette phase correspond au premier contact avec le virus. Lorsqu'une personne est contaminée par le VIH, dans environ la moitié des cas, des signes cliniques peuvent apparaître pendant le mois suivant la contamination, évoquant le plus souvent un syndrome pseudo-grippal :

- Une fièvre de plus de 38°C ;
- L'apparition de ganglions lymphatiques ;
- Une pharyngite ;
- Une éruption de plaques rouges sur le corps et le visage ;
- Des maux de têtes, de ventre, des douleurs musculaires, une diarrhée, des vomissements.

Cependant, ces symptômes ne sont pas spécifiques de l'infection par le VIH. Peu d'infections par le VIH sont diagnostiquées à ce stade.

2-1-6-2- LA PHASE CHRONIQUE DU VIH

Après la primo-infection, la personne porteuse du VIH ne ressent aucun symptôme alors que le virus continue de se développer dans son organisme. Cette phase peut durer plusieurs années. Même si elle ne ressent aucun symptôme, la personne infectée peut transmettre le virus.

Après la phase sans signe apparent, des symptômes témoignant de l'affaiblissement immunitaire apparaissent :

- Une fièvre modérée mais persistante ;
- Des sueurs nocturnes ;

- Une perte de poids ;
- Une augmentation de volume des ganglions ;
- Une diarrhée chronique ;
- Des ulcérations de la bouche ou des organes génitaux ;
- Des infections de la peau (mycose cutanée, dermatite séborrhéique, condylomes, zona...)

2-1-6-3- LE SIDA PROPREMENT DIT

En l'absence de traitement du VIH, le SIDA apparaît environ 10 ans après l'infection, mais ce délai varie fortement d'une personne à l'autre. A ce stade, des maladies graves dues à la baisse des défenses immunitaires apparaissent. Ce sont :

- Des infections opportunistes dues à des bactéries (tuberculose par exemple) ;
- Des champignons (candidoses) ;
- Des virus (infection à cytomégalovirus par exemple) ou des parasites (toxoplasmose par exemple) le plus souvent inoffensifs chez des personnes qui ont des défenses immunitaires normales ;
- Des cancers : lymphome malin non hodgkinien, sarcome de Kaposi, maladie caractérisée par son atteinte cutanée : présence de nodules (tuméfactions dures et arrondies sous la peau), de plaques violacées s'étendant sur le corps... ;
- Une perte de poids, chez 20% des personnes environ, pouvant évoluer vers un amaigrissement extrême (cachexie).

2-1-7- DIAGNOSTIC DU VIH/SIDA

Le diagnostic de l'infection par le VIH/SIDA repose sur une prise de sang (soit lors d'un dépistage, soit devant l'apparition de symptômes lorsqu'il est plus tardif) qui permet de déterminer si la personne possède des anticorps contre le VIH, ce qui signifie qu'elle a été contaminée : on dit alors que la personne est « séropositive » pour le VIH. Des prises de sang complémentaires permettent alors de mesurer la quantité de VIH dans le sang et d'évaluer l'état des défenses immunitaires (Vidal.fr, 2021).

2-1-7-1- LA SEROLOGIE VIH

Le diagnostic est fait grâce à une analyse de sang qui permet de détecter la présence d'anticorps anti-VIH, dès trois semaines après la contamination. C'est la sérologie du VIH.

Le test réalisé en laboratoire est le test Elisa de 4^e génération détectant les anticorps anti-VIH1 et anti-VIH2 ainsi qu'un antigène du virus nommé P24. Si le test est positif, un autre test appelé Western-Blot recherchant différents anticorps, est effectué pour confirmer le diagnostic. Si ce dernier est négatif, il faut renouveler les examens un peu plus tard.

2-1-7-2- LA MISE EN EVIDENCE DU VIRUS

En cas de suspicion d'infection très récente de moins de 3 semaines, une recherche directe de l'ARN-VIH est possible dès le 10^{ème} jour après l'éventuelle contamination.

2-1-7-3- EVALUATION DU STADE DE L'INFECTION PAR LE VIH

Des tests complémentaires permettent d'évaluer la gravité de l'infection VIH. Un examen permet de quantifier l'importance de la multiplication du virus dans l'organisme. On quantifie l'ARN viral : on parle de mesure de la « charge virale plasmatique ». De même, il est possible de mesurer le nombre de lymphocytes TCD4 dans le sang :

- Le taux normal de lymphocytes T CD4 est compris entre 600 et 1200/mm³ de sang ;
- Un taux de 500/mm³ permet de conserver une bonne immunité ;
- Lorsque le taux devient inférieur à 200/mm³, le risque de développer des maladies opportunistes est très élevé.

2-1-7-4- LE BILAN COMPLEMENTAIRE EN CAS DE SEROLOGIE VIH POSITIVE

Il inclut la recherche de la maladie co-existantes : hépatite A, hépatite B, hépatite C, infections sexuellement transmissibles, infections opportunistes, tuberculose, pneumopathie...

Un bilan du fonctionnement des principaux organes : foie, reins, cœur... est effectué avant la mise en route du traitement. (Ameli.fr, 2019)

2-1-8- TRAITEMENT ET PREVENTION

2-1-8-1- TRAITEMENT

Bien qu'il n'existe aucun remède contre l'infection à VIH, elle peut être traitée à l'aide de médicaments antirétroviraux, qui agissent en interrompant la reproduction du virus. Le traitement antirétroviral peut ramener la quantité de virus dans l'organisme à des niveaux tellement faibles que le système immunitaire fonctionnera normalement, et une personne vivant avec le VIH peut présenter un état de santé satisfaisant, à condition qu'elle observe un traitement et que celui-ci reste efficace. Les personnes vivant avec le VIH sont également nettement moins susceptibles de transmettre le virus à d'autres personnes lorsque le traitement fonctionne (OMS, 2020).

La prise en charge du VIH se fait au moyen d'une polythérapie antirétrovirale hautement active ou HAART (Highly active antirétroviral therapy), une puissante combinaison de médicaments anti-VIH. La HAART ne guérit pas le VIH, mais elle permet de diminuer le nombre de virus présents dans le sang, de renforcer le système immunitaire et de ralentir l'évolution de l'affection. Une polythérapie comporte au moins 3 médicaments. L'emploi de plusieurs médicaments agissant d'une manière différente prévient la résistance du virus au traitement. Le risque de résistance augmente lorsqu'un plus petit nombre de médicaments est utilisé, quand une dose trop faible est donnée ou quand la prise des médicaments cesse, même pour une courte période. Il importe beaucoup d'utiliser ce médicament conformément aux indications du médecin.

2-1-8-2- PREVENTION

Personne n'est à l'abri d'une infection par le VIH. Il existe heureusement des mesures de prévention. Les principales stratégies permettant de prévenir une infection à VIH sont :

- Le port de préservatifs durant les relations sexuelles (qu'elles soient vaginales, orales ou anales).
- Le choix d'un plus petit nombre de partenaires sexuels.
- Le refus de réutiliser plusieurs fois des seringues ou d'autres ustensiles servant à l'administration de drogues.
- Envisager l'utilisation d'une prophylaxie préexposition (PrEP) permettant à une personne qui n'est pas infectée par le VIH de prendre une dose quotidienne de médicament anti-VIH pour prévenir l'infection.

- Dans les cas des couples où un des partenaires est infecté et pas l'autre et surtout s'ils désirent avoir un enfant, il est important qu'ils consultent leurs médecins. Car une maîtrise de l'infection à VIH chez le partenaire qui en est infecté, combinée à une PrEP pour le partenaire non infecté, peut considérablement réduire le risque de transmettre l'infection à l'enfant ou au partenaire non infecté.
- Le choix des partenaires sexuels est aussi très important car même si vos pratiques sexuelles permettent de limiter au maximum les risques de transmission du VIH et que vous n'utilisez pas de seringues souillées, vous devez également ne pas manquer de vous assurer que vos partenaires sexuels, et les leurs ont pris les mêmes précautions.
- L'échange des seringues est très dangereux et présente aussi un risque élevé d'infection par le VIH comme chez les toxicomanes.
- Les personnes atteintes d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) comme l'herpès par exemple risquent davantage de contracter le VIH durant des contacts sexuels, probablement en raison de minuscules déchirures faites à leur peau ou aux parois vaginales. Ainsi en vous protégeant contre d'autres IST vous réduirez votre risque d'une infection par le VIH, mais ces mesures ne suffiront pas à vous protéger contre cette infection. C'est pourquoi l'emploi des préservatifs est essentiel.
- Si vous avez contracté le VIH, et si une grossesse advient, toujours prévenir le médecin. Le risque d'infecter le nouveau-né au cours de l'accouchement a baissé de façon spectaculaire grâce aux médicaments et, le cas échéant, à la pratique de la césarienne (Santé chez nous.com, 2021).

2-1-9- CONCEPTION ANTHROPOLOGIQUE DU VIH/SIDA EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Pour Socpa (s.d), les communautés qui peuplent l'Afrique sub-saharienne disposent d'un système de croyances, des institutions sociales et religieuses qui résistent tant bien que mal aux mutations qui affectent notre société contemporaine. C'est dire que quelle que soit la forme d'extraversion que peut subir une culture, il n'en demeure pas moins vrai que tout groupe socioculturel, comme le souligne Andezian (1985) : à sa manière spécifique d'appréhender et d'expliquer les notions de santé qui dépend étroitement de sa représentation du monde, de la vie, de la mort, de son système de croyance, de ses valeurs, de son rapport à l'environnement, de son univers relationnel. Ces schèmes culturels, surtout ceux qui sont étroitement liés aux comportements sexuels, ont évolué avec le temps et entraîné par le fait même des répercussions sur la perception du VIH/SIDA, la propagation de la maladie et le traitement des malades.

En d'autres termes, les idées que l'on se fait de la maladie en générale et du VIH/SIDA en particulier dépendent des modèles culturels. Car, chaque peuple, société ou individu est régi par des normes, valeurs, croyances qui déterminent les pensées des individus sur la maladie et l'itinéraire thérapeutique (Boudon et Besnard, 2012).

Dans ce sens, Gokaba (2020) identifie trois modèles de pensées sur la maladie ou le VIH/SIDA dans la République du Congo à savoir : le modèle pasteurien hérité de la colonisation, le modèle religieux, le modèle traditionnel.

➤ Dans une configuration religieuse, la maladie est considérée comme une transgression de la loi divine (le résultat du péché). Il s'agit d'une conception surnaturelle, l'âme est affectée et les effets se produisent sur l'organisme (corps). C'est ce que les scientifiques notamment les psychocliniciens désignent par maladies psychosomatiques. La guérison dans ce cas s'obtient en soignant l'esprit, c'est-à-dire soigner la relation de l'individu avec Dieu par le biais des prières, délivrances et la confession où la catharsis, une technique utilisée par les psychocliniciens dans leur pratique quotidienne.

➤ **Dans une configuration traditionnelle, il** intègre aussi bien les dimensions biophysique que psychologique ou socioculturelle. Il est dominant dans les milieux ruraux africains et congolais, où la maladie est vécue comme une agression sorcière, une transgression des interdits, résultant d'une désobéissance envers les aînés, les ancêtres, etc. Par exemple, dans le rite « Dzobi », la violation de certaines règles (vol, adultère, etc.) est souvent réprimandée, sanctionnée par une maladie grave, générationnelle ou une malédiction.

C'est également ce que Laplanche a observé chez les peuples Baoulé de Côte-d'Ivoire. Le totémisme en est une grande illustration. Par définition, le totem désigne un animal comestible, inoffensif ou dangereux et redouté, plus rarement une plante ou une force naturelle (pluie, eau). Le totem représente en premier lieu l'ancêtre du groupe ; en deuxième lieu, son esprit protecteur et son bienfaiteur qui envoie des oracles et, alors même qu'il est dangereux pour d'autres, connaît et épargne ses enfants. Ceux qui ont le même totem sont soumis à l'obligation sacrée, dont la violation entraîne un châtement automatique, de ne pas tuer (détruire) leur totem, de s'abstenir de manger de sa chair ou d'en jouir autrement (Freud et Jankélévitch, 2009, p. 13). Pour Landundu (2013) « Les génies, les divinités, les esprits, les morts, la sorcellerie peuvent rendre malade. La sorcellerie peut provoquer la mort d'un parent,

la mort du bétail, la stérilité d'un couple, les échecs dans divers domaines de la vie. Ainsi, seules les maladies fréquentes et sans gravité, liée à des agents pathogènes bien connus (diarrhées banales des enfants, parasitoses intestinales, rougeole, paludisme) sont considérées comme des affections naturelles relevant des simples traitements médicaux dans les structures médicales ou chez l'infirmier. Mais des pathologies graves comme le sida, le cancer et autres maladies rares et celles réfractaires aux traitements modernes, sont considérées comme étant d'origine surnaturelle, et relevant d'une thérapie, capable de traiter non seulement les symptômes, mais aussi la cause profonde du mal.

Ainsi, l'interprétation des causes est placée au centre même du processus de guérison : le mal ne frappe pas au hasard, il est déclenché selon un mode surnaturel. Cette action ne peut s'exercer que selon les lois et la hiérarchie de l'ordre lignager. C'est la force détenue par les ancêtres et transmise à leurs descendants : chef de famille qui apporte santé et prospérité au clan et à tous ses membres. La croyance à la sorcellerie est au centre de l'origine du VIH/sida en RDC, la prise des antirétroviraux est considérée comme un palliatif, les patients du sida pensant que la cause de leur maladie se trouve ailleurs, suivent divers itinéraires thérapeutiques pour la guérison » (Kwilu Landundu, 2015).

Au Cameroun en particulier, Tchegnina (2016) pour sa part évoque la sorcellerie ou dimension mystique du sida. L'auteur estime que la victime est généralement infectée pendant son sommeil. Le sorcier séropositif communément appelé « Vampire » vient dans la nuit lorsque sa victime est endormie et fait l'amour avec elle sans préservatif. Cela s'appelle « les couches de nuit ». Tout cela ne se passe pas physiquement, mais spirituellement. La victime rêve qu'elle est en train de faire l'amour avec le « vampire ». Au réveil, elle commence à avoir mal au ventre et à se sentir mal, premiers signes de la contamination. Pour ne pas se faire démasquer, le « vampire » qui viendrait infecter se mettrait dans le corps de quelqu'un d'autre. Il prendrait une apparence physique qui n'est pas la sienne.

Ce faisant, il brouille les cartes. Pour l'identifier, il faut consulter un devin ou un voyant. Tchegnina note que le sida est précédé des « couches de nuit » phénomène bien connu des populations. Elles causent alors « le mal du bas-ventre » et la stérilité lorsqu'il n'est pas traité à temps. Lorsqu'on se voit en train de faire l'amour dans le sommeil, cela suscite une grande peur chez la personne concernée si elle n'a pas la foi en Dieu. Elle consulte généralement un voyant pour savoir qui est la personne qui lui veut du mal et se fait en même temps débarrasser de la pollution auprès d'un guérisseur ou d'un herboriste. Le parallèle avec le VIH a été très vite fait

sans que l'on puisse en comprendre les mécanismes. Selon un raisonnement que les enquêtés très souvent tenus, si « les couches de nuit » causent le mal de ventre et la stérilité, il est vraisemblable qu'elles soient un moyen de victime sans protection est séropositive »

Cette pensée de Tchetgnia (2016) sur la nature mystique du SIDA s'est vue illustré par le témoignage d'une adolescente au Cameroun. « Armelle est l'une des figures qui défend cette position. Élève en classe de seconde, elle est âgée de 15 ans et réside à Douala depuis sa naissance. Armelle est issue d'une famille monoparentale, elle vit avec sa mère, son père ne l'ayant pas reconnue à sa naissance. Elle se dit catholique moyennement pratiquante. Bien qu'elle affirme n'avoir jamais consulté un guérisseur, elle pense que si un sorcier séropositif a des relations mystérieuses avec une personne séronégative, il y aura contaminations. La place des rêves dans la sorcellerie est centrale. Les "mauvais rêves" ou cauchemars sont toujours perçus comme inquiétants et révélateurs d'une agression du sujet dans le monde invisible. C'est aussi le monde de la nuit par opposition au monde du jour. La nuit est le moment de prédilection des pratiques occultes.

Des anthropologues ont consacré plusieurs travaux à l'analyse de ce phénomène dans le contexte africain ». Les travaux de Koumba à Divenié et Ngoua (département du Niari, République du Congo) confirment la thèse d'un sida mystique. Pour ce dernier, on peut attraper le sida par la sorcellerie. Par sa malveillance, le sorcier peut provoquer chez un individu les mêmes symptômes que ceux du VIH/Sida (Tchetgnia, 2016). La thèse d'un sida mystique a été également prouvée par l'INS-Congo. Lors de l'enquête de séroprévalence et des indicateurs du sida de 2009, à la question de savoir si le sida pouvait se transmettre par des voies surnaturelles, la moitié des personnes interrogées ont répondu par l'affirmatif (INS-Congo, 2009 a). Autre élément qui peut nous étayer, c'est la banalisation du VIH/SIDA (Gokaba, 2020).

2-1-10- . FACTEURS DE PROPAGATION DU VIH/SIDA EN AFRIQUE : CAS PARTICULIER DU CAMEROUN

Socpa (s.d) dans son étude de la socioculture du VIH/SIDA a distingué comme facteurs de propagation du VIH/SIDA au Cameroun :

- Les mœurs sexuelles et vulnérabilité des femmes
- La production agricole et sexualité
- Le lévirat
- La polygamie

- La valeur sexuelle de l'enfant
- Le mariage précoce et mutilations génitales féminines
- Les scarifications corporelles

2-2- LA NOTION DE COUPLE

2-2-1- LE COUPLE : UNE APPROCHE DEFINITIONNELLE DIVERSIFIEE

Afin de mieux comprendre le fonctionnement du couple sérodiscordant, il est nécessaire au préalable d'avoir une maîtrise du concept de couple car ce terme est difficile à définir de nos jours compte tenu de l'évolution spatio-temporelle. Ainsi, aborder cette notion, met en exergue la place des évolutions religieuses et sociétales dans la façon de reconnaître et d'encadrer le couple qui ont été influencées par les différents buts assignés au couple tels que la procréation, l'héritage ou bien encore la signification religieuse. En fonction des époques, le couple est passé d'un statut laïc à un statut religieux, laissant la possibilité d'avoir des relations multiples ou bien au contraire dans un engagement unique (Guéguen, 2017).

Néanmoins quelques définitions de ce concept peuvent être évoquées.

Une des premières définitions du couple est la suivante « un lien servant à attacher ensemble deux ou plusieurs animaux de même espèce » (Robert, 2005).

Selon le Dictionnaire Larousse, le couple peut avoir quatre connotations qui sont entre autres :

- Deux personnes unies par le mariage, liées par un pacs ou vivant en concubinage : un couple uni.
- Deux personnes réunies provisoirement au cours d'une danse, d'une promenade, etc. : Des couples de danseurs.
- Deux personnes animées d'un même sentiment, d'une même volonté, ou que des intérêts, des affinités, des caractères rapprochent : un couple d'amis.
- Animaux réunis deux à deux, mâle et femelle, ou appariés pour un même travail : Un couple de pigeons.

Selon Le Robert (2013), Le mot couple désigne généralement « une paire de choses qui, ensemble, constitue une entité nouvelle avec des propriétés spécifiques ; se dit du mari et de la femme ou équivalents (union libre, PACS, etc.), de deux amis, de deux personnes vivant ensemble ou agissant ensemble ; du mâle et de la femelle chez les animaux ».

Le terme de couple est d'abord apparu dans le champ des sciences dures : en mathématique, le couple est un ensemble ordonné de deux éléments, éventuellement identiques ; en physique et en mécanique, le couple désigne tout système d'actions mécaniques dont la résultante est nulle.

Sur le plan juridique, le terme couple est rarement employé en droit civil, en effet dans le code civil il est question d'époux, de concubins ou de partenaires. A son origine, le code civil désignait le couple comme deux personnes mariées, et cette notion était à la base de la famille mais aujourd'hui cela a évolué du fait de la multitude de formes d'unions comme par exemple le PACS ou le concubinage. Le couple (dérivé du latin copula qui signifie lien) est ainsi « une union que forme un homme et une femme, entre lesquelles existent des relations charnelles et en général une communauté de vie, soit en mariage, soit hors-mariage, en concubinage ou dans les liens d'un PACS » (Cornu, 2014).

Traoré (2006) définit quant 'à lui le couple comme un cadre de vie matériel et immatériel (social, affectif) au sein duquel deux personnes de sexe opposé, liées par des intérêts, des engagements et des projets communs, ont décidé de vivre ensemble quel que soit leur statut résidentiel et leur forme d'union. Et en Afrique en particulier, le couple s'inscrit dans une dynamique de changements, en particulier à l'égard des rapports hommes femmes.

Lemaire (1979) décrit le couple comme : « un ensemble structuré alternant entre processus d'organisation, de désorganisation et de réorganisation entre les partenaires » (Lemaire, 1979 in Smadja, 2011, p.69).

Selon Gokaba (2020), le couple renvoi à un partage entre deux personnes d'une sexualité reconnue socialement et accompagnée.

Pour Albernhe et Albernhe (2008), « le couple est le plus petit des systèmes qui existe. Il représente l'union affective – pas nécessairement sexuelle - de deux personnes, les conjoints.

Kaës (2013) définit quant 'à lui le couple comme l'union de deux individus de même sexe ou non et de même âge ou non dans le cadre de systèmes binaires de relation possédant des régulations propres, qui leur assurent une certaine constance à travers le temps, sur un mode permanent ou périodique.

2-2-2- UNE APPROCHE HISTORIQUE ET SOCIOLOGIQUE DU COUPLE

Le couple vient du latin « copula » qui signifie « lien ». Ainsi le lien est envisagé aussi bien comme une chaîne ou laisse (un couple est une laisse avec laquelle on attache deux chiens ensemble) ; mais également le lien en tant que « deux unions de cœur entre deux amis, ou entre deux époux ». (Bologne, 2016 cités par Guéguen, 2017).

L'historien Bologne (2016) présente les grandes évolutions dans les buts du mariage au fil de l'histoire, notamment au cours de l'antiquité, du Moyen Âge puis dans l'époque contemporaine. (Bologne, 2016 cités par Guéguen, 2017).

➤ Le couple dans l'antiquité

Les buts du mariage dans l'Antiquité peuvent se définir avant tout par la transmission du patrimoine. La sexualité est alors directement associée au fait d'avoir une descendance légitime (Bologne, 2016). Dans l'antiquité athénienne, c'est le mariage légitime qui décerne la citoyenneté. Ainsi le mariage est un devoir et il existe même un « impôt sur le célibat ». C'est également le mariage qui permet la transmission du statut de citoyen à ses enfants. La période antique se caractérise donc par une séparation des différents « espaces » du couple.

➤ Le couple du moyen âge

Le Moyen Âge a œuvré avec difficulté à rassembler les différents aspects sous une forme conjugale possible, le mariage chrétien. En effet le droit chrétien a eu la volonté de simplifier les configurations conjugales en ne reconnaissant plus qu'une forme licite de couple. Le but du mariage est alors le sacrement. La sexualité est associée à l'unité de la chair et donc à l'indissolubilité. Les trois thèmes fréquents à cette époque concernant la notion de couple sont entre autres : « *La condamnation de la chair et le rejet du plaisir, la confession et la nécessité de l'aveu, la réglementation du mariage et l'obligation de la procréation* ». L'Eglise condamne la chair à travers la notion de péché et, le mariage, dissocié de l'amour, est indissoluble : « la sexualité du couple, devenu par la consommation une chair unique, ne peut plus se séparer. (Bologne, 2016, p.95).

➤ Le couple du XXe siècle à nos jours

Au 20ème siècle, on observe la libéralisation du mariage et la primauté de l'amour comme facteur de mise en couple. L'union libre est de plus en plus présente au cours du XXe siècle. Le concubinage, pour la première fois dans l'antiquité, retrouve même un statut légal entre les guerres. Les conditions d'un mariage d'amour sont réunies au XXème siècle. Toutefois,

le grand défi actuel du mariage d'amour, c'est de durer, l'espérance de vie s'allongeant. Le désir d'avoir des enfants n'étant plus le but premier du mariage, il faut inventer d'autres raisons d'inscrire l'amour dans le temps (Smadja, 2011). Le 21^è siècle se caractérise par une forte proportion de relations conjugales hors mariage et par l'apparition de nouvelles formules civiles familiales telles que le PACS institué en 1999. Pour autant, malgré sa forte diminution dans les années 70, Le mariage n'est pas en reste, de nombreux, couples de se marier. Le couple du 21^{-ème} siècle est le couple qui rêve du même, du semblable, des « âmes sœurs ».

De manière générale, Guéguen (2017) dans son étude montre que les évolutions religieuses et sociétales dans la façon de reconnaître et d'encadrer le couple ont été influencés par les différents buts assignés au couple tels que la procréation, l'héritage ou bien encore la signification religieuse. En fonction des époques, le couple est passé d'un statut laïc à un statut religieux, laissant la possibilité d'avoir des relations multiples ou bien au contraire dans engagement unique.

2-2-3- LES FONCTIONS DU COUPLE

Comme tout système et toute entité, le couple possède ses propres fonctions qu'il se doit d'assurer pour maintenir un fonctionnement harmonieux de chacune de ses parties. Pour s'inscrire dans la durée, le couple doit allier dans sa relation, les dimensions affectives, sexuelles et de sécurité.

2-2-3-1- FONCTION DE REPRODUCTION OU BIOLOGIQUE

Pour Gokaba (2020), la fonction primaire d'un couple est de procréer, former la famille en vue d'augmenter le nombre des membres du clan et assurer la perpétuation de la lignée. Pour reprendre Bourdieu, « le mariage est une opération destinée à assurer la reproduction biologique du groupe selon les formes approuvées par le groupe » (Bourdieu 1980, p. 163). Dans le même ordre d'idées, pour Locoh (2002) la fécondité est encore la première raison de formation des couples surtout en Afrique. « Ce n'est pas pour soi que l'on se marie et que l'on a des enfants, mais afin que ceux-ci viennent renforcer le lignage par leur vitalité, leur travail, les alliances qu'ils permettent et leur étroite dépendance » (Mbarga, 2013). En plus d'être une cellule de transmission où s'héritent un patrimoine génétique, un nom, une mémoire ainsi que des traditions et valeurs, le couple dans sa fonction de reproduction répond également à des enjeux économiques.

2-2-3-2- FONCTION ECONOMIQUE

En effet, la famille est aussi à considérer comme une importante structure de production dans une société qui est en marge de l'industrialisation de masse, demeurée fortement rurale et où les enfants représentent une force de travail nécessaire à la subsistance. Ce constat est partagé par Grégory et al, cité par Wakam (1985) « La famille représente à la fois une unité de production et de reproduction. L'élément capital dans la survie de l'unité familiale, c'est sa force de travail et tout doit être mis en œuvre pour assurer une bonne reproduction démographique suffisante. À ce titre, le mariage signifie l'échange des femmes entre lignages, constitue une des caractéristiques les plus fondamentales du mode de production domestique. Ce type d'organisation est généralement patriarcal et ce sont les hommes (en fait les "vieux") qui contrôlent le système de relations matrimoniales et l'usage de la main d'œuvre familiale. Ainsi, le régime démographique est centré sur la mobilité des femmes et une fécondité élevée. Les unités domestiques assurent la reproduction de la force de travail en combattant avec les moyens connus la mortalité des enfants, en favorisant une fécondité élevée rendue possible par des arrangements matrimoniaux dont la mobilité des femmes est la pièce maîtresse. » (Gregory et Piche, cité par Wakam, 2002, p. 7). À cet égard, la formation du couple puis de la famille s'impose pour les Congolais comme un impératif, et ne peut être pensée indépendamment des configurations matérielles et économiques. « Il n'est de richesse que d'hommes ». Une formule que l'on doit au philosophe Jean Bodin. Il s'interroge, au XVIe siècle, sur la place de l'homme dans le système économique... Est-ce la population qui fait la richesse des nations ? Et l'économie est-elle encore au service des hommes et des femmes ? Dans le même contexte, un proverbe Bəätí-fañ également valable pour les Congolais stipule que :

« Les hommes constituent la vraie richesse. Il faut disposer du plus grand nombre possible d'Hommes pour prospérer en termes de renommée, d'alliances, de crainte, mais plus important encore, un nombre élevé de bras est la garantie d'une prospérité économique. C'est ainsi que s'entend la réussite. Plus on aura de bras pour travailler, plus on aura des revenus consistants à la chasse, à la pêche et dans les champs. Le nombre d'un clan servait aussi à dissuader ceux qui avaient des vellétés de conquête ». (Mbarga, 2013)

Proia-Lelouey et Lemoigne (2013) pensent pour leur part que, le couple une fois formé sera octroyé de quelques fonctions psychiques que sont principalement : la fonction de contenance (enveloppe psychique), la fonction de répétition et la fonction qui renvoie à l'idée que le couple participe à l'organisation défensive de chacun des partenaires.

Losso (2000 cités par Joubert, 2003) quant'à lui présentent comme fonctions du couple :

- Les fonctions transitionnelles (ne pas être seul, pouvoir régresser, réparer, co-crée) (qui rassemblent les fonctions de contenance et de répétition mises en avant par Garcia et qui rendent compte du fait que le couple est à la fois une enveloppe qui peut venir suppléer les enveloppes défaillantes de l'un ou des deux partenaires et un espace de répétition/élaboration des traumatismes passés).
- Les fonctions sexuelles (dépasser la situation œdipienne, être confirmé dans son identité sexuelle, avoir des satisfactions sexuelles), Les fonctions d'alliance (nous contre les autres) et d'immortalité (fondation d'une famille, transmission d'un nom, d'un patrimoine, d'une culture).

De ce fait, le couple doit donner des satisfactions à la sexualité qu'il organise dans une temporalité, tout en renforçant la sécurité par sa participation à l'organisation défensive de chacun des conjoints. Il est comme une enveloppe, comme une peau protectrice qui enveloppe les deux partenaires. Cette enveloppe institue un dedans et un dehors, préserve l'intimité du couple. Elle reçoit des directives de l'entourage et est le lieu des échanges entre l'intérieur du couple et le monde extérieur. Elle peut être trop rigide et interdire les échanges ou au contraire être poreuse ; le couple alors se vide dans son entourage ou celui-ci fait intrusion dans son intimité.

2-2-4- TYPES DE COUPLE

Eiguer (2001), distingue une typologie de couple en fonction de la prédominance des liens existants à savoir : le couple normal ou névrotique, le couple anaclitique ou dépressif et le couple narcissique.

➤ Le couple normal ou névrotique

Il présente un équilibre plus ou moins stabilisé entre les liens narcissiques et les liens libidinaux d'objet (point de vue économique), a des modalités de relation d'objet spécifiques (point de vue topique) et est dominé par l'angoisse de castration et la crainte du rapprochement émotionnel (point de vue dynamique). Il vit en « prévalence » dans les liens libidinaux. Une petite minorité consulte, essentiellement pour des difficultés sexuelles, des conflits ouverts autour de la jalousie ou des rivalités professionnelles, ou des difficultés de communication. Ils traversent des difficultés liées aux relations extraconjugales. Pour ces couples, les problèmes sont clairement posés et l'insight est possible.

Le choix d'objet ici est « œdipien », plus adulte, est propre aux structures névrotiques et normales. Ici le lien d'alliance est riche fantasmatiquement et complexe, car il fait intervenir la bisexualité psychique des deux partenaires.

➤ Le couple anaclitique ou dépressif

Sur les plans économique et topique, il a aussi un équilibre les liens, et des modalités de relation d'objet spécifiques. Toutefois, sur le plan dynamique il est dominé par des angoisses de perte. Il est fondé inconsciemment essentiellement sur la crainte de la perte. L'étayage réciproque est très important et le mythe dominant pourrait être : « ensemble, nous sommes forts ». Le déséquilibre entre les deux liens est très important, les premiers envahissants toute la scène. Les rapports sexuels peuvent être rares (refus par désintérêt).

Le choix de l'autre est « anaclitique », l'homme ou la femme cherche un partenaire lui permettant de trouver un étayage (père ou mère de l'enfance ; l'autre représente une image parentale (par exemple l'infirmière qui épouse son malade). L'un est l'enfant de l'autre, et réciproquement.

➤ **Le couple narcissique**

Sur les plans économique et topique, il a aussi un équilibre les liens, et des modalités de relation d'objet spécifiques. Sur le plan dynamique, il est dominé par des pulsions déliaisons (Thanatos à l'œuvre) et par l'angoisse de persécution. Il est dominé par le problème du pouvoir : contrôle, mépris, mise en évidence des défaillances de l'autre sont les aspects de l'interaction sadomasochiste. Il aspire à la fusion totale, les difficultés sexuelles sont graves (non-consommation du mariage, interruption prolongée de l'activité sexuelle, sexualité évitée.)

Le choix d'objet ici est « narcissique », on cherche un objet qui ressemble à ce que l'on est soi-même, à ce que l'on a été ou à ce que l'on voudrait être, ou qui ressemble à la personne qui a été une partie de son soi propre. (Eiguer, 2001, cité par Maestre 2009).

En se basant sur l'intensité de l'échange et le pouvoir décisionnel de la femme, Traoré (2006) distingue quant' lui trois types de couples à savoir :

- Le type fusionnel : qui se caractérise par le lien conjugal qui prend ancrage autour d'un dialogue intense et régulier. Les femmes ont la possibilité de prendre des décisions.
- Le type inégalitaire : qui illustre une situation dans laquelle les liens conjugaux s'articulent autour d'un dialogue plus rare que dans les couples précédents. Dans ce type de couple, les femmes parviennent plus difficilement à imposer leur point de vue et l'homme est plus fréquemment celui qui prend les décisions pour le couple.
- Le type autonome : qui illustre une communication difficile, voire conflictuelle. Ce type de couple témoigne d'une forme de vie conjugale avec un fonctionnement plutôt autonome caractérisé par l'absence de prédominance de l'un des membres du couple sur l'autre. Les décisions prises, chacun de leur côté, sans consensus, ne vont pas toujours dans le sens de la cohésion du couple.

2-2-5- LES MODES DE COUPLES

A partir des concepts de types de liens et de collusions, plusieurs modèles de couples faisant état de différentes formes d'aménagements inconscients entre les partenaires ont été décrits (Guéguen, 2011).

Guillaumin (1979) propose quant'à lui trois modèles principaux de couples qui présentent des concordances avec les différents types de choix d'objet mais s'articulant plus particulièrement autour de la notion de crise du couple :

- Un modèle dissymétrique, qu'on peut appeler aussi modèle parent-enfant ou encore modèle de dépendance anaclitique ;
- Un modèle symétrique, en miroir, narcissique, ou gémellaire ;
- Un modèle « à médiation », triangulé.

A partir de ses développements sur la notion d'appareil psychique de couple, Caillot et Decherf (1989) décrivent deux modèles de couples se différenciant par des représentations familiales prévalentes soit sur un mode œdipien, soit sur un mode antœdipien.

- Un sujet structuré sur un mode œdipien fera le choix habituellement d'un partenaire structuré sur le même mode œdipien prévalent, le mode œdipien renvoyant au choix d'objet par étayage.
- Le mode antœdipien évoque le choix d'objet narcissique, désignant l'organisation essentielle et spécifique du conflit originaire en tant qu'elle prélude à l'œdipe, c'est-à-dire sur un versant incestuel ou incestueux.

2-2-6- LA CONSTITUTION DU COUPLE : LE CHOIX D'OBJET

Freud (1914) en abordant la distinction entre la libido narcissique et la libido d'objet et son problème économique ainsi que son investissement correspondant sur l'objet d'amour, distingue deux modalités de choix d'objet :

- Le choix d'objet narcissique : dans ce type, le sujet aime ce que l'on est soi-même, ce que l'on a été soi-même, ce que l'on voudrait être soi-même, la personne qui a été une partie du propre soi.
- Le choix d'objet par étayage : le sujet aime la femme qui nourrit, l'homme qui protège.

Lemaire (1979) évoque quant 'à lui des types de choix d'objets pour rendre compte du mode relationnel inconscient chez les couples et qui se rapprochent particulièrement des formes de

collusion décrites par Willi (1975), en insistant sur les combinaisons possibles des différents types de choix d'objet :

- Le choix d'objet lié aux pulsions pré-génitales pour lequel l'objet amoureux représente un moyen de protection défensif contre les expressions diverses de pulsions partielles isolées ;
- Le choix référé aux imagos positives et négatives du couple parental, « renvoyant au fantasme de scène primitive, comme source d'inspiration et de création, mais aussi dans une perspective défensive » ;
- Le choix d'objet narcissique et le choix d' « objet défaillant » qui consiste à choisir un objet pour lequel la défaillance latente correspond à l'endroit même où le sujet craint d'être défaillant lui-même.

2-2-7- CARACTERISTIQUES DU COUPLE

Ainsi, les membres de la classe couple père/mère ont pour caractéristiques communes selon Mucchielli (1977, cité par Albernhe & Albernhe, 2008) :

- Les interactions ;
- L'émergence de normes ou de règles de conduite ;
- L'existence de buts communs ;
- L'existence d'émotions et de sentiments communs ;
- L'émergence d'une structure informelle qui est de l'ordre de l'affectivité ;
- L'existence d'un « inconscient collectif » ;
- L'établissement d'un équilibre interne avec un système de relations stables avec l'environnement.

Dans le même ordre d'idées, Pin (1975, cité par Albernhe & Albernhe, 2008) relevait déjà comme éléments importants dans la caractérisation de ce qu'il nomme « groupe primaire » qu'est le couple (à la différence des « groupes secondaire » qu'il dit être des organismes plus vastes), à la fois le sentiment d'appartenance et la totalité dynamique. Le sentiment d'appartenance supposerait quatre conditions :

- Des besoins individuels, ressentis, mis en commun ;
- Des buts communs, clairs et acceptés ;
- Une organisation avec répartition des rôles, permettant à l'individu de clairement s'insérer (à chacun sa place) ;
- Des activités communes (le faire ensemble).

Le second élément à savoir la totalité dynamique impliquerait également la conjoncture de quatre paramètres :

- Un équilibre affectif basé sur une pression à conformité ;
- L'interaction avec l'attribution des rôles ;
- Une dynamique qui combine des fonctions de progression et des fonctions de cohésion ;
- Des relations de pouvoir qui peuvent changer dans le temps et selon les tâches.

Nous pouvons dire que les points majeurs qui ressortent de ces deux descriptions des éléments permettant de caractériser deux individus comme appartenant à la classe couple père/mère sont : l'investissement affectif/amoureux par les partenaires de la relation, la reconnaissance comme tel par l'environnement, l'existence de projets communs, l'interaction avec l'attribution des rôles et l'existence d'un inconscient collectif ou d'un espace psychique partagé. Ceci est donc l'organisation invariante d'un couple père/mère, ce qui permet de reconnaître des objets comme membre invariant de cette classe (Nguemo, 2017).

2-2-8- LES ORGANISATEURS DU LIEN DE COUPLE

Pour Joubert (2008) et Tsoukatou (2005), la haine, la compétition, la passion, la jalousie et l'amour sont des organisateurs du lien. C'est dire avec ces auteurs que le lien naît et fluctue sous la base de la haine, la compétition, la passion, la jalousie et l'amour. Par contre, pour certains auteurs (Freud, 1914 ; Dupré La Tour, 2002 & Robert, 2008), le lien émane du mode d'investissement libidinal qui peut être soit primaire soit secondaire (Goula, 2017).

Kaës (2009,2014) en abordant le lien, décrit la formation d'alliances inconscientes entre les sujets, soutenues par des investissements pulsionnels et par des fantasmes inconscients car selon lui il n'est pas de lien sans alliances inconscientes. Ainsi, il différencie les éléments organisateurs dynamiques et structuraux du lien d'une part les alliances de réalisations de désir et d'autre part les « pactes défensifs » ou « pactes dénégatifs » qui servent les besoins défensifs des sujets lorsqu'ils forment un lien et veulent maintenir ce lien.

De manière plus spécifique selon Eiguer les trois organisateurs de la vie inconsciente du couple sont : Le choix d'objet, le soi-conjugal et l'inter fantasmatisation. (Guéguen, 2011) Le « soi-conjugal » (ou le soi-conjoint) correspond à l'instance sur laquelle le couple structure ses liens narcissiques. Il se définit comme :

La représentation, partagée par les partenaires, de leur couple sur une continuité temporo-spatiale, le soi conjugal finit par se constituer d'une façon permanente en

zone neutre du psychisme groupal –et cela bien qu’il soit contenu par des affects très intenses (Eiguer, 1984, p. 47).

Eiguer décrit trois composantes du soi conjugal : le sentiment conjoint d’appartenance, l’habitat intérieur et l’idéal du moi conjugal (Eiguer, 1983).

Quant à l’inter fantasmatisation du couple, elle est décrite par Eiguer comme « la rencontre des fantasmes individuels inconscients de chaque membre qui inspire l’activité fantasmatique consciente, c’est-à-dire la création d’un espace transitionnel d’échanges, d’humour, de créativité épanouissante, de récits concernant la propre histoire de chacun et celle des ancêtres » (Eiguer, 1984).

2-2-9- VIVRE EN COUPLE EN AFRIQUE : CAS PARTICULIER DU CAMEROUN

L’étude de la nuptialité s’avère évidemment délicate, car la définition du mariage renvoie simultanément à des conceptions d’ordres juridique, religieux et culturel (Antoine, 2002). En Afrique comme ailleurs, plusieurs sociétés reconnaissent différentes formes d’union, de l’union dite libre, c’est-à-dire sans cérémonie, à des formes de mariage largement codifiées, que ce soit les mariages dits coutumiers, religieux ou civils. Si les systèmes matrimoniaux en Afrique diffèrent d’une société à l’autre, un certain nombre de traits communs se retrouvent dans ces sociétés lignagères : l’union concerne davantage les groupes de filiation que les individus, surtout en milieu rural.

2-2-9-1- FORMES D’ALLIANCES MATRIMONIALES

L’union matrimoniale au Cameroun est caractérisée par deux formes : union formelle et union informelle.

2-2-9-1-1- UNION FORMELLE

➤ MARIAGE COUTUMIER OU TRADITIONNEL

C’est l’union entre un homme et une femme célébrée par une autorité coutumière (chef traditionnel ou responsable coutumier) selon les rites en usage dans leur coutume. En général, le mariage traditionnel africain comprend 3 importantes phases qu’on résume le plus souvent par le mot « dot », que certaines législations africaines reconnaissent. Ainsi on aura : La rencontre et la présentation des deux familles, la remise officielle des cadeaux, et le rite d’union proprement dit. Que ce soit en Afrique du Nord, du Sud de l’Est, du Centre ou de l’Ouest... les mariages coutumiers existent sous différentes formes et varient à quelques particularités près. Cette cérémonie très importante qui valorise les beaux parents et les deux familles, se déroule

dans la famille de la femme qui est à l'honneur. Son but est d'unir par les liens sacrés du mariage deux familles (en cas de monogamie) ou plusieurs familles (en cas de polygamie).

Cette forme d'union matrimoniale a trois phases à savoir phases :

- **La rencontre et la présentation des deux familles**

En réalité avant cette phase, certaines démarches ont été déjà menées par la famille du fiancé auprès des membres influents de la famille de la fiancée. Donc en fait la présentation des deux n'est la phase officielle de l'opération. Au cours de cette phase, Sur le plan protocolaire les futurs mariés qui font profil bas, cèdent l'autorité aux deux chefs de famille qui occupent les premières places cette soirée-là, et qui confient (chacun de son côté) le pouvoir de négociation à une personne diplomate, doué de tact et du « savoir parler ». Ainsi, dans une ambiance rituelle, le diplomate (A) choisi par le chef de famille de la fiancée interroge la famille hôte (famille du futur marié) à se présenter (filiation, rang nobiliaire, Etc...) et donner les raisons de leur visite dans la concession. Le diplomate (B) choisi par le chef de famille du fiancé, sans au préalable répondre qu'il vient chercher la femme, utilise différentes tournures et formules de langage pour apporter les réponses les plus courtoises, diplomatiques et indirectes. Ce jeu de questions réponses, s'il aboutit à une acceptation de la famille du futur marié par celle de la future mariée, la phase d'échange de cadeaux ou de la dote commence.

- **La phase des cadeaux : la dot**

En effet, cette phase est généralement celle de la remise officielle de certaines demandes matérielles symboliques, exigées par les parents de la future mariée en récompense des différents efforts d'éducation, de protection, de nutrition qu'ils ont pu fournir à leurs filles dont le départ va créer un vide voire une perte auprès d'eux. C'est aussi le moment de remettre officiellement à la future épouse son cadeau symbolique qui varie en fonction des cultures (Pagne en tissu, bijoux, chaussures, argents Etc.).

La symbolique ici est de montrer officiellement que la fiancée ne pourra pas souffrir. Certains cadeaux (généralement de l'argent en espèce) sont remis confidentiellement aux parents et à certains membres importants de la belle famille. Les cadeaux officiels à remettre ce jour-là, sont variés et dépendent des tribus ou des ethnies. Par exemple chez certains peuples Bété au Cameroun, les beaux parents peuvent symboliquement exiger un porc géant, des appareils électro-ménagers, quelques cartons de morue, ou bien une marque précise de vin.

- **Le rite d'union : Symbole de l'union pour la vie**

Originellement ce rite symbolisait l'union de deux familles pour toute l'éternité. Le divorce n'existant pas dans la majorité des cultures africaines. C'est pour ces raisons que dans certaines tribus, les veuves avaient le droit d'épouser l'un des frères de leur défunt mari, et l'héritier avait le droit de considérer les femmes de son père comme les siennes après le décès de celui-ci. Cette logique qui jusqu'à nos jours existe encore dans certaines tribus de l'Afrique du Centre ou de l'Ouest, témoigne de l'éternité du lien mariage en Afrique.

C'est pour cette raison qu'en général, lors de certains rites d'union pendant le mariage traditionnel, les officiants coutumiers mélangent symbolique deux différentes boissons (vin de palme et vin rouge par exemple) qui deviennent homogènes, et font boire le breuvage à ces deux futurs époux ; Par cet acte symbolique ces futurs époux jurent devant l'assistance qu'ils acceptent d'être unis pour toute la vie. Et pour symboliser cette acceptation, la mariée en général remet au chef de leur famille, un breuvage et un fruit fort symbolisant pour son ethnie (Kola, datte, lait, vin de palme ...), qui à son tour redistribue à toute l'assistance. Après cette phase finale qui se termine dans les réjouissances, la famille du marié peut rentrer avec leur désormais nouvelle épouse (mariageafro.fr 2015).

➤ **MARIAGE A L'ETAT CIVIL**

C'est l'union entre un homme et une femme célébrée de manière solennelle par un Officier d'Etat civil, c'est la forme légale de mariage au Cameroun. Le mariage civil est un acte juridique qui organise la vie commune des époux : il est fondé sur un contrat de mariage ou soumis au régime de droit commun, la communauté réduite aux acquêts. Le contrat définit le régime matrimonial. Quelle que soit la religion, il est impératif de se marier à la mairie avant la cérémonie religieuse car seul le mariage civil devant le maire (ou son représentant légal) a une valeur légale au Cameroun. C'est la raison pour laquelle le mariage religieux ne peut être célébré qu'après le mariage civil. Celui-ci vous engage ensuite, outre votre vie d'époux, à une imposition commune ou à la solidarité et conformément à la juridiction camerounaise.

D'après l'ARTICLE 69. :

(1) La célébration du mariage nécessairement lieu en présence :

— des futurs époux et, dans le cas prévu à l'article 66 paragraphe 2, du représentant du futur époux empêché ;

— des parents ou tuteurs légaux ou responsables coutumiers lorsque leur consentement est requis ;

— de deux témoins majeurs au moins à raison d'un par conjoint.

(2) L'acte de mariage est conjointement signé par les époux, les témoins et L'officier d'état—civil. Un original est remis à chacun des époux.

➤ **MARIAGE RELIGIEUX**

C'est l'union d'un homme et d'une femme célébrée par une autorité religieuse (Pasteur, Prêtre, Imam, etc.) selon un rituel consacré par la religion concernée.

D'après Nothomb (1982) cité par Gokaba (2020), selon la doctrine catholique, « le mariage est avant tout une réalité humaine, inscrite par Dieu dans son projet de création de l'homme, et voulue par lui pour le bien des personnes et des communautés humaines. Comme tel, le mariage a une dimension religieuse, puisqu'il est l'accomplissement d'un dessein du créateur destiné à conduire le couple homme-femme à la ressemblance de Dieu ».

Le mariage religieux se fonde sur les principes de consentement mutuel et d'indissolubilité. Il rejette le divorce en conformité avec la doctrine augustinienne. Pour ce faire, Pierre Liège reconnaît « le projet conjugal comme tout projet de libre engagement soumis à des agressions multiples qui menacent sa continuité. La longévité accrue du couple étale dans le temps ces menaces, car il s'agit de demeurer ensemble au-delà des tâches de procréation, d'éducation, et de production. » (Liège, 1972). L'avenir d'un couple passe pour les chrétiens par son caractère indissoluble, qui correspond au vœu secret du cœur humain intimement porté à vouloir le mariage comme union qui dure toujours. Aussi, il convient de rappeler que la religion définit les prescrits sur la résidence, la charge des enfants, les tâches et la vie sexuelle avant et dans le mariage (Thérèse Locoh, 2002).

2-2-9-1-2- UNION NON-FORMELLE

➤ CONCUBINAGE OU UNION LIBRE

Selon le code civil camerounais « le concubinage est une union de fait caractérisé par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent qui vivent en couple ». Toutefois, qu'importe le nombre d'années que deux personnes feront dans le concubinage, cela ne leur accordera jamais le statut légal de personnes mariées. Cette absence de lien de droit entre les partenaires vivant en union libre, représente la différence fondamentale entre le concubinage et le mariage. En droit il ne se doivent ni fidélité, ni assistance, ni secours matériel. Néanmoins, le droit ne nie pas son existence car la jurisprudence et la loi sont là pour le lui rappeler. Ainsi, le code civil en son article 340 alinéa 5 fait du concubinage un cas d'ouverture de l'action en recherche de paternité naturelle lorsqu'il dispose une « la paternité hors mariage peut être judiciairement déclarée. Dans le cas où le père prétendu et la mère ont vécu en état de concubinage notoire pendant la période légale de la conception (journalducameroun.com/union-libre-que-dit-droit-Cameroun/. 7janvier)

L'analyse des données issues du RGPH3 sur l'état matrimonial de la population, met en exergue les faits suivants : l'union libre est plus développée en milieu urbain (5,41) qu'en milieu rural (3,17%) ; Les femmes vivant en union libre étant plus âgées (35,04 ans en moyenne) que les hommes vivant en union libre (29, 6 ans en moyenne). Chez les hommes, l'union libre est développée beaucoup plus chez les personnes peu qualifiées ou ayant un emploi instable. Or, chez les femmes, l'union libre est beaucoup plus pratiquée par celles qui ont un métier d'homme (police et armée, conducteurs, artisans) ou un métier qui requiert beaucoup de liberté (commerce). Aussi, les catholiques représentent 57,9% de personnes vivant en union libre.

D'après Gokaba (2020), les unions libres ou consensuelles représentent 47 % de la structure matrimoniale au Congo (RGPH-Congo, 2007) ; (INS-Congo, 2011). Selon ce dernier, cette montée des unions libres ou consensuelles peut être le fait des bouleversements survenus dans les sociétés occidentales dans les années 1970 qui ont fortement influencé les anciennes colonies. Auxquelles s'ajoutent la diffusion des méthodes contraceptives, la pauvreté qui a conduit à l'affaiblissement de l'autorité parentale, la précocité des rapports sexuels, le recul de l'âge au premier mariage et le coût de la dot (Kaufmann & Thiriat, 1999). Cette forme d'union considérée par certains comme une dévalorisation des normes traditionnelles, « déni de l'institution matrimoniale comme fondement et régulateur de la solidarité des conjoints », est tolérée par d'autres (Roussel & Thiriat, 1999). Ce qui amène Leridon et al. à suggérer qu'il ne s'agit pas d'un mode de vie temporaire, mais d'un changement radical de comportement qui

conduit un nombre croissant d'adultes à vivre en couple sans pour autant se marier (Locoh, 2002).

2-3- LA NOTION DE LIEN

D'après Larousse (1999), le terme « lien » est comparable à celui de « liaison ». Il renvoie à une donnée qui assure la relation entre deux sujets, entre un sujet et un groupe d'individu, un sujet à un objet ou mieux encore la relation du sujet à lui-même.

Bion (1959) quant à lui envisage le lien comme « la relation du sujet avec une fonction plutôt qu'avec l'objet qui le favorise ».

Selon Pichon-Rivière (1971 cités par Joubert 2003) : « le lien est une structure complexe qui inclut le sujet, l'objet et leur mutuelle interaction à travers des processus de communication et d'apprentissages. Ces relations intersubjectives ont une dimension et elles s'établissent sur la base des besoins, fondement motivationnel du lien ».

Selon Eiguer (1984), le lien est une entité à part entière, une addition gestaltique, c'est-à-dire plus que la simple addition de deux relations d'objet.

Le lien est une notion qui ne fait pas partie des concepts freudiens. Il ne figure pas dans le vocabulaire de la psychanalyse de Laplanche et Pontalis (Dupré La Tour, 2002).

Cependant au fil du temps, il a très vite rejoint les rangs de la psychanalyse dans un souci de matérialisation de ce qui unit un individu à un objet et plus encore son mode d'investissement libidinal. Ainsi, sa définition et même sa sémantique peuvent varier en fonction des auteurs, allant de son appréhension en termes de structure ou alors en termes d'entité changeante et évolutive (Goula, 2018).

En effet le terme utilisé par Freud est « *die Bindung* » (liaison), défini comme le travail psychique nécessaire pour lier les représentations et des affects, des pulsions ou des idées. Lorsqu'il fait allusion aux phénomènes des foules, Freud (1921) se réfère aux liaisons libidinales entre les individus qui se produisent à travers l'identification. Il se réfère également à la liaison narcissique qui unit les parents aux enfants et chacun à la chaîne générationnelle (Freud, 1914). En d'autres termes, le terme liaison est « utilisé par Freud pour connoter d'une façon très générale et dans des registres relativement divers aussi bien au niveau biologique que l'appareil psychique une opération tendant à limiter le libre écoulement des excitations à relier les représentations entre elles, à constituer et à maintenir des formes relativement stables » (Laplanche & Pontalis, 1977).

Dans les courants psychanalytiques qui s'occupent de l'étude des groupes, des couples et des familles il est observé une réflexion sur la notion de lien, et plus précisément sa distinction avec la relation d'objet et surtout un besoin de ressortir sa spécificité. En outre le terme « lien » est venu d'autres disciplines et s'est fait approprier par la réflexion psychanalytique pour rendre compte de ce qui relie un sujet à un autre, deux objets entre eux, mais pas seulement. En effet pour les psychanalystes qui emploient ce terme comme dans le langage courant, le terme lien ne recouvre pas toujours les mêmes choses. Elle envisage ainsi le lien comme « *ce qui se constitue de par la présence de l'autre : ce sont les effets psychiques de la présence (et non de l'absence) et des restrictions que cette présence impose ou permet* » (Dupré La Tour, 2002). Certains auteurs cherchent à rapprocher et à confondre le terme lien et celui de liaison employée par Freud, alors que d'autres s'appliquent au contraire à opérer des distinctions entre ces deux termes.

2-4- LA SERODISCORDANCE DANS LES COUPLES

C'est en 1987, que les premières études sur la sérodifférence ont été faites avec l'équipe de Semprini, dans le cadre de l'accompagnement en AMP des couples dont l'homme est séropositif. En effet l'AMP ici est l'une des contraintes auxquelles est exposé le couple sérodiscordant car hormis les tensions liées à la maternité, ce dernier expérimente un changement brusque des fréquences des rapports sexuels et aussi une utilisation systématique des préservatifs pour éviter de contaminer le partenaire sain et qui affecte la stabilité du couple.

2-4-1- QUELQUES FACTEURS FAVORISANT LA SERODISCORDANCE

- **Facteurs associés à la transmission du VIH dans le couple :**

Gokaba (2020), distingue trois groupes de facteurs associés à la transmission du VIH/SIDA dans un couple discordant :

- Les facteurs biomédicaux : la résistance naturelle, la charge virale.
- Les facteurs socioculturels, économiques et psychologiques, il s'agit de : l'ethnie, la religion, l'âge, le nombre de partenaires, le niveau de vie
- **Les déterminants socioculturels :**
 - Les unions antérieures, les rapports sexuels extraconjugaux
 - L'anatomie de la femme, le faible pouvoir de décision et d'achats, les mariages précoces, les viols, l'absence ou la présence des corécepteurs dans le sang, les antirétroviraux.
 - La stigmatisation des personnes vivant avec un/une partenaire séropositif (ve).

- Les pratiques culturelles comme la scarification, le lévirat, les rites initiatiques dans les couvents vaudou exposent les femmes à l'infection. »

- **Les risques de transmission sexuelle du VIH/SIDA :**

- **Les risques de transmissions par partenaires :** qui est plus élevé lors des relations sexuelles réceptives, et varie entre 10 % à 30 % avec une moyenne de 23,4 % (Bélec, 2007). Dans le cas des couples discordants, ce risque est 17,5 fois supérieur dans une relation réceptive qu'insertive.

- **Les risques par actes coïtaux** qui varient entre 0,1 % à 0,08 % soit 8 cas de transmissions pour 10 000 actes hétérosexuels non protégés (Bélec, 2007 ; Boily et al. 2010).

Cependant, nous devons noter que la littérature sur les couples discordants est certes abondante, mais insuffisante pour répondre à nos questionnements, car elle s'inscrit en grande partie dans une approche biomédicale. Ce qui nous conduit à scruter dans d'autres approches (sociologie, psychologie sociale, démographie, psychanalyse, etc.), qui constituent des références notables.

2-4-2- SERODISCORDANCE ET REPERCUSSIONS DANS LA VIE DU COUPLE

Le couple est ici le résultat d'une dynamique groupale et nécessite un travail de couple. Quand la maladie vient faire effraction, elle atteint le malade, le conjoint mais aussi le couple, contraignant à un double processus d'élaboration psychique individuel et groupal (Proia-Lelouey, 2017).

- **Répercussions du VIH/SIDA sur le malade**

Toutefois, si l'on admet que l'infection à VIH/sida est une source de souffrance physique et psychologique, force est de souligner que la souffrance psychologique est parfois lourde de conséquences car elle peut perturber le suivi médical et la réponse du traitement en plus de modifier négativement le reste de la vie du sujet infecté. Selon Jose (1992), les personnes vivant avec le VIH présentent des complications psychiatriques, des troubles d'adaptation et affectifs de même que des comportements suicidaires, conséquence du neurotropisme du VIH sur le système nerveux central et du stress psychosocial sévère associé à l'infection.

Pour Thibault (2006), les personnes vivant avec le VIH sont confrontées à de nombreux problèmes psychologiques qui sont essentiellement en rapport avec l'efficacité du traitement, l'évolution de la maladie, l'incertitude quant à l'avenir, la vie sociale et professionnelle, la sexualité et la vie du couple. Plusieurs facteurs contribueraient ainsi à expliquer cette souffrance psychologique chez les personnes infectées.

Williams (2006), estime que les sentiments de désespoir et d'incertitude par rapport à une maladie chronique et évolutive sont à l'origine de cette détresse psychologique. D'une manière générale, le suivi médical permanent, la prise de médicaments à vie et ses effets indésirables, l'incertitude quant à l'évolution de l'infection, la dégradation des relations socio-affectives sont autant de facteurs qui peuvent modifier la qualité de vie des personnes infectées par le VIH/sida (Thibault, 2006). Ces dernières ont parfois une peur de l'avenir et se considèrent souvent comme des morts en sursis.

La souffrance psychique est marquée d'autant plus que l'un des modes de transmission du SIDA (les rapports sexuels) est frappé de tabou et de honte dans certaines cultures (Michael et Czerny, 2006). Sur ce plan, l'histoire des maladies vénériennes renseigne par exemple que la syphilis, maladie chronique sexuellement transmissible, a été ressentie comme un véritable fléau social, une source de peur et de honte (Ipsos et Radeff, 2001).

La souffrance psychologique associée au VIH/SIDA passe par plusieurs étapes depuis le diagnostic et se poursuit souvent avec l'évolution de l'infection. Ces étapes sont la peur qui s'installe lors du diagnostic de l'infection; les sentiments de perte des projets, de la vie sexuelle, sociale et socioprofessionnelle; la douleur morale nourrie par les sentiments de perte; la culpabilité de se sentir responsable de sa propre infection et d'avoir peut-être causé celle de partenaires sexuels; le déni qui amène à remettre en doute le résultat du diagnostic et à refuser très souvent le traitement et le suivi médical; la colère d'avoir contracté l'infection et de se sentir malchanceux; l'anxiété et la dépression nourries par l'incertitude de guérir, la crainte de la mort, la fréquence des visites médicales et le traitement à vie, la cessation des sentiments socio-affectifs (Comité universitaire de lutte contre le VIH/sida au Togo, 2004; Le Blond, 2006; Sanchez-Valero, 2003).

A ces différentes manifestations du choc psychologique, il faut ajouter les autres problèmes psychosociaux qui se posent après le diagnostic du VIH engendrés pour la plupart par les pressions qu'exerce l'environnement social sur la vie des infectés, les ruptures des relations affectives et sexuelles, les problèmes de couple et de procréation (Desclaux, 2002 ; Mimché, Yebga et Abega, 2007). L'exclusion, la stigmatisation et les clichés négatifs associés à cette infection contribuent également à augmenter le stress psychologique chez les personnes atteintes (Aggleton, 2002 ; ONUSIDA, 2005).

Le vécu psychologique lié au VIH/sida est donc une question importante à prendre en compte dans l'évaluation de l'infection et la prise en charge des personnes infectées. D'une manière générale, ce vécu est peu documenté en Afrique et particulièrement au Cameroun. Parmi la documentation sommaire, nous pouvons retenir les études sur :

- ❖ Le conseil et le dépistage (Desclaux & Raynaut, 1998) ;
- ❖ L'adhésion au traitement (Ouiminga, 2003 ; Tchiny, 2006)
- ❖ La prise en charge psychologique (N'Da, 1995).

Selon Diakité (2002), parmi celles menées en Afrique, l'une s'illustre en portant principalement sur les affects psychologiques liés au VIH, particulièrement la dépression.

Borgés (2001), montre que toutes ces études portant sur des phénomènes psychologiques liés au VIH/SIDA ont toutefois été effectuées dans les perspectives où domine l'approche quantitative, elle-même très limitée pour appréhender la complexité de ces phénomènes.

Pour Marin (2017), s'intéressé au conjoint ici dans la découverte de la maladie grave du conjoint malade, souligne un souci de comprendre comment la maladie grave retentit non plus dans la vie de la personne malade seul, mais dans sa vie de couple en général et sur le lien amoureux en particulier et vice versa allant de plusieurs changements à la rupture si le choc n'est pas surmonté par le couple.

Tout d'abord, il est indispensable de noter que le couple est l'ultime espace de vitalité où ils puisent du plaisir, un sentiment de sécurité et de stabilité, de l'intimité et de la connivence, un refuge à l'abri du monde, de ses tumultes et de ses dangers. Ainsi on peut dire que plus rien n'oblige deux personnes à rester ensemble pour la vie à faire à couple, si ce n'est un lien amoureux et la croyance dans ce lien. Cependant lorsque la maladie grave survient, des transformations de l'être aimé peuvent être observées au niveau de l'intimité du couple qui peut ne pas résister à l'expérience traumatisante de l'incertitude, de la dépendance ou de la confusion d'identité. L'espace de couple, autrefois lieu de refuge et de réassurance, peut devenir sidérant, inquiétant, étouffant. Impossible alors, pour celui qui peut-être va mourir et celui qui est en santé de s'appuyer l'un sur l'autre. (Marin, 2017)

Le conjoint, malade ou non, devient une figure étrangère dont on peut avoir très peur, que l'on cherche à fuir, ou que l'on attaque pour survivre, rester soi-même. Dès lors, on peut dire que la maladie grave provoque forcément une évolution du couple, mais que celle-ci reste imprévisible. Elle peut aller de l'étayage mutuel dans la relation d'aide et d'amour, à la rupture la plus radicale, à la mise à distance et au deuil anticipé du conjoint et du couple.

Les voies de contamination du VIH ci-dessus cité, nous édifient sur les différents aspects des possibles modes de transmissions du VIH dans la vie d'une personne. Cependant Traoré (2006), nous montre dans ces travaux avec des femmes séropositives que dans une aire comme l'Afrique, l'annonce du statut séropositif de la femme relève chez son conjoint des sentiments d'avoir été trompé et trahit (infidélité). C'est pourquoi ces femmes dans la majorité ont peur d'annoncer cette nouvelle à leur mari par crainte d'être rejeté, abandonné ou violenté. C'est dans cette même lancée que Cissé (s.d), nous montre que le visage donné à la sérodiscordance est féminin car pour une grande proportion de couple sérodiscordants, c'est le partenaire féminin qui est infectée dans notre contexte.

Par ailleurs elle propose comme explications à ce phénomène le fait que :

- Les femmes sont infectées avant le mariage, sont infectées lors d'un mariage précédent.
- L'activité sexuelle hors mariage des femmes est plus fréquente qu'elles ne le reportent.
- L'activité sexuelle des femmes hors mariage est très risquée (faible usage du préservatif, partenaires hors mariage à risque).

Dans tous les cas, l'usage des préservatifs est très faible au sein des couples qu'ils soient discordants ou concordants. C'est pourquoi pour elle proposera les directives suivantes pour venir en aide aux couples sérodiscordants : développer des programmes CDV pré-nuptial, développer des stratégies pour toucher les partenaires surtout masculins au sein des couples, développer des mesures d'accompagnement pour protéger les femmes qui seraient victimes de rejet après avoir partagé leur sérologie avec leurs conjoints.

En nous référant à Laplanche et Pontalis (1981), nous pouvons dire que la situation de sérodiscordance, est cet événement violent, qui surgit sans avertissement et auquel le couple n'est pas préparé. Cet événement brutal qui prend le couple par surprise et donc le déroute, entraînant sur le plan psychique, une effraction de la barrière pare-excitante, ce qui fait que le psychisme est débordé par une excitation qu'il ne peut comprendre et gérer. Cela entraîne une perturbation massive du fonctionnement psychique et des défenses établies jusque-là, perturbation qui peut aller, dans les cas extrêmes, jusqu'à la rupture des conjoints.

En d'autres termes, l'évènement traumatique étant la sérodiscordance ici modifie l'équilibre du couple, en créant des tensions au sein du couple, en affectant l'intimité du couple. Tensions qui seraient dues aux raisons telles que : la peur de transmettre l'infection à leur partenaire séronégatif ; la crainte fondée ou non d'infidélité de leur partenaire ; l'utilisation du préservatif (perte de spontanéité, diminution de la libido, moindre fréquence des rapports sexuels, conflit entre le désir d'enfant et le souci de protéger son partenaire, peur d'infecter le partenaire malgré tout).

Traoré (2006), pour sa part met en exergue dans ses travaux sur la sérodiscordance le déséquilibre qui entraîne la survenue du VIH dans le couple. En effet selon l'auteur, une fois l'annonce du nouveau statut faite, le partenaire séropositif pourrait être vu d'abord comme porteur d'une maladie avant d'être une personne singulière (comme en témoigne l'attitude des maris qui s'éloignent de leur épouse car ils ont peur d'être contaminés) et par là comme un individu qui possède une caractéristique incompatible avec le statut de conjoint. Aussi, au niveau de la relation conjugale il s'effectuera un changement car les deux conjoints vont devoir désormais gérer à deux le secret et masquer le stigmatisme qui menace l'identité individuelle de chacun et du couple mais aussi gérer la maladie et son traitement. Le partenaire séronégatif va alors pouvoir assurer un rôle de soutien dans la lutte contre la maladie. Ce n'est donc pas seulement l'identité personnelle de l'individu malade qui change, se sont aussi les rôles dans lesquels les individus sont engagés qui peuvent changer et se tourner de plus en plus vers la gestion de la maladie ou du stigmatisme.

Giraud (2006) a pu souligner que, la fonction de garde-malade ou d'accompagnateur, si elle est utile pour le traitement de la maladie peut aussi être un facteur de détérioration des relations conjugales, en ce sens que cette fonction peut parfois devenir pesante et statutaire pour le partenaire séronégatif qui est obligé de masquer lui-même le poids de ce rôle et de son regard obnubilé par la maladie pour ne pas gêner le malade. De même un autre aspect à prendre en compte selon lui serait « la conversation conjugale » car la conversation dans le couple permettra ici de construire un monde commun qui prend en compte un certain nombre de projets ou d'éventualités sur les statuts futurs de chacun des deux conjoints. Le fait de devenir séropositif dans une aire comme l'Afrique est un des changements de statut qui ont une certaine probabilité et qui peuvent revenir assez souvent dans la conversation conjugale. Le monde commun construit par la conversation conjugale permet d'anticiper d'éventuels changements de statut des conjoints au cours du temps.

L'annonce de la séropositivité peut être perçue comme une interdiction brutale et définitive d'avoir des enfants et cette interdiction peut être traduite, ressentie ou réinterprétée comme une blessure ou une réduction identitaire insupportable qui peuvent susciter ou accroître le désir d'enfant comme mesure réparatrice (Delor, 1997 cités par Englert et *al.* 2001).

Selon Traoré (2006), une fois l'annonce du statut faite, chaque couple réagit selon les modalités différentes en fonction de son histoire de vie, de la façon dont chacun des membres perçoit la vie en couple, des ressources morales dont chacun dispose et de leurs représentations du risque lié au VIH et des relations avec l'entourage familial. Face à la ténacité de certain(e)s conjoint(e)s à annoncer leur statut à leur partenaire, ces deniers témoignent dès la divulgation du statut d'un soutien moral et psychologique vis-à-vis de leurs compagnes.

Coulibaly (2006) quant 'à lui a rend compte d'un aspect particulier lié à la stigmatisation que peut engendrer le nouveau statut du conjoint, dans le monde commun conjugal et du rôle de la conversation conjugale et du discours du spécialiste pour canaliser le partenaire séronégatif afin d'éviter la destruction de la relation conjugale. Au-delà de cela, des interrogations persistent en ce qui concerne les processus psychiques mobilisés par le couple sérodiscordant pour faire face et surmonter la crise induite par la séropositivité du conjoint.

Pour Marin (2017), le conjoint malade ou non, devient une figure étrangère dont on peut avoir très peur, que l'on cherche à fuir, ou que l'on attaque pour survivre, rester soi-même. Dès lors, on peut dire que la maladie grave provoque forcément une évolution du couple, mais que celle-ci reste imprévisible. Elle peut aller de l'étayage mutuel dans la relation d'aide et d'amour, à la rupture la plus radicale, à la mise à distance et au deuil anticipé du conjoint et du couple. En plus de cela, la survenue de la maladie chronique vient rompre l'illusion d'immortalité et démailler, dans une brutalité inouïe, le sentiment de continuité d'existence (Winnicott, 1962/1989). Elle va ainsi provoquer une rupture de la continuité vitale de la personne atteinte (Deschamps, 1997/2000).

L'annonce va aussi toucher le conjoint ou la conjointe, provoquant un vécu de perte imminente, un sentiment d'abandon, voire de trahison. Parallèlement au vécu de perte, émerge de la culpabilité face au sentiment de ne pas avoir su protéger le conjoint malade (Seigneur, 2004). Elle va toucher le couple dans ses composantes corporelle-sexuelle et psychique. Elle va provoquer une rupture de l'enveloppe du groupe conjugal et mettre à mal le corps du couple (Ruffiot, 1984), illusion créatrice faite d'un partage de sensations et de ressentis. Elle va enfin faire voler en éclat son organisation défensive (Möhrling, 2005). On peut s'attendre, en particulier, à une désintrication de l'ambivalence, avec émergence de mouvements agressifs fortement culpabilisés. Elle vient mettre à l'épreuve sa structure, ses fondements.

Selon les capacités de chacun à faire face et le mode d'organisation antérieur du couple (la « qualité » du groupe conjugal), la maladie sera vécue chacun pour soi et contre l'autre, parfois jusqu'à la rupture, ou ensemble, comme une catastrophe qui touche le couple et pas seulement l'un des partenaires (Proia-Lelouey, 2017).

Les partenaires, sans avoir le temps d'absorber le traumatisme de l'annonce, doivent affronter un nouveau temps, celui des soins, temps placé sous le signe de la paradoxalité.

➤ Celle, tout d'abord, des demandes du corps médical envers le patient, qui exige tout à la fois une attitude combative contre la maladie et une soumission totale à l'observance de traitements invasifs, douloureux et épuisants (Derzelle 2003).

➤ Le couple également, qui doit accepter une régression massive sur la fonction transitionnelle, tout en maintenant une ouverture vers les autres fonctions. En effet, les soins nécessitent une certaine forme de parentification du lien conjugal qui sollicite à la fois les capacités régressives du sujet malade et les capacités maternantes du conjoint.

En somme, il ressort de ces études que la plupart s'intéressent aux changements qui vont s'appliquer dans le couple suite à la survenue de la maladie, tant sur le plan des facteurs communicationnels dans l'annonce de la séropositivité au partenaire sain, dans la gestion des questions en rapports avec la sexualité, que celui de la procréation et l'acceptation de la maladie de l'autre. Mais très peu d'entre elles rendent compte des processus psychiques œuvrant dans le sens du maintien du couple malgré l'aspect traumatique de la situation de sérodiscordance. C'est l'une des raisons qui nous a amené à interroger d'autres éléments qui permettraient au couple sérodiscordant de faire un travail psychique nécessaire au réaménagement psychique leur permettant de faire face à la survenue du VIH/SIDA et ainsi maintenir le lien déjà formé.

2-5- TRAVAIL DU NEGATIF

En psychanalyse Freud aborde le négatif en ce qu'il évoque déjà les éléments latents contenus dans le propos du patient et en même temps, le geste qu'effectue l'analyste de nier la négation afin de mettre à jour la vérité. Dans son article « la négation » il met les traces du négatif lorsqu'il affirme :

Vous allez maintenant penser que je veux dire quelque chose d'insultant mais je n'ai vraiment pas cette intention. Nous comprenons il s'agit là du refus d'une idée qui surgit à l'instant par projection. Ou bien "vous demandez qui peut être cette personne dans le rêve, ce n'est pas la mère". « Nous rectifions c'est donc la mère. Nous prenons la liberté de faire abstraction de la négation dans l'interprétation et d'extraire le pur contenu de l'idée. (Freud, 1925).

Selon Green (2006), le négatif est :

« Une logique de l'ombre qui réclame son dû, là où le positif qui se donne dans la lumière voudrait accaparer à lui tout seul la visibilité du psychisme du sujet, que celui-ci soit éveillé ou endormi ». Dans ce sens il affirme que le travail du négatif est l'« ensemble des opérations psychiques dont le refoulement est le prototype et qui a ultérieurement donné naissance à des variantes distinctes telles que la négation, le désaveu et la forclusion ».

Pour Hegel (1946), le travail du négatif est le moteur de la pensée. Cette dernière se développe dialectiquement selon un rythme ternaire : affirmation, négation, négation de la négation. Cet ultime temps n'annule pas les précédents mais il les dépasse tout en les conservant.

Deleuze dans sa conception contrairement à Hegel et plus généralement à tous les philosophes rationalistes ne quête pas la vérité mais pense que tout est changement est en devenir et ne peut donc être mis en forme car il n'y a pas de repos. Dans la même lancée, Julien (2004) affirme que « **Le Mal nuit, le négatif coopère** ». Autrement dit, le négatif ne s'oppose pas au positif, il entretient un rapport polaire avec lui, ils constituent tous les deux les pôles d'une même unité.

Frick (1987) pense le travail du négatif comme ce déchirement du sujet, ce « moment dialectique, celui de la négation de la thèse, laquelle ne la détruit pas mais transforme par la négation ».

2-6- ETAT DES LIEUX SUR LE REAMENAGEMENT PSYCHIQUE

Comme nous l'avons dit dans le chapitre précédent, très peu d'étude ont jusqu'ici défini la question du réaménagement psychique de manière concrète. Néanmoins nous avons pu définir ce concept en termes d'un aménagement à nouveau des éléments du psychisme suite à une crise et dans le but d'intégrer les nouveaux changements et de pouvoir s'adapter. Et dans notre étude il s'agira, de la réorganisation des éléments qui constituent le psychisme commun du couple. Après avoir ainsi évoqué les éléments constitutifs du lien de couple, nous pouvons aborder à présent le processus dynamique à l'œuvre dans le couple tel que l'ont décrit plusieurs auteurs. En effet, la survenue du VIH/SIDA dans un couple est avant tout un moment dans le cheminement du lien conjugal et s'inscrit donc dans un processus dynamique dont les différentes étapes sont propices à des réélaborations et réaménagement du lien.

Pour mieux comprendre cette dynamique dans le lien conjugal, nous allons tout d'abord convoquer les travaux de Dupré- La tour (2005 b). Elle nous montre que, le couple est un organisateur du psychisme, une matrice de subjectivité dont le parcours peut subir des blocages, et mettant le couple dans une posture où il ne pourra pas accéder au dépassement de la crise. Cependant, selon elle certains couples meurent même si les conjoints restent ensemble, d'autres se séparent et d'autres consultent et parmi ces derniers, certains iront vers une séparation tandis que d'autres réaménageront la vie commune. Ainsi, ce réaménagement de la vie commune est à comprendre au travers de la mise en exergue des étapes majeures qui constituent l'histoire du couple :

- **L'instauration du couple :** qui correspondent à la mise en place du lien avec ses collusions défensives. C'est la mise en place de la première enveloppe du couple, les frontières entre les conjoints s'atténuent, les différences sont niées ou minimisés grâce à un processus d'idéalisation qui conforte la séparation d'avec les parents de l'enfance. C'est la période de construction du soi conjugal.

- **Les prémices de la crise (les symptômes)** qui constitue la création du symptôme couple. Cette étape laisse place tout naturellement au moment de la crise à proprement parlé. Les prémisses de la crise sont des signes annonciateurs qui ont été négligé et qui ont ainsi favorisé l'avènement de symptômes qui sont portés soit par le couple, comme la scène de ménage ou les difficultés sexuelles, soit par l'un des conjoints. Toutefois, ce symptôme serait selon Latour (2005) en étroite relation avec la collusion du lien qui demande à être transformé et ainsi constituerait une création du couple pour continuer d'exister.
- **La crise de couple :** au cours du déroulement de la vie du couple des événements extérieurs de même que les événements intérieurs avec ses crises existentielles pourraient entacher l'organisation du couple mettant en mal leur lien. La crise se situant alors à l'articulation de l'évènement et de la structure, et explose à partir d'un évènement et relève la structure sous-jacente du couple. Selon Latour (2005) les deux niveaux de la crise ici sont :
 - ✓ **La désillusion** qui constitue un travail du deuil nécessaire qui consistera à l'élaboration des projections qui ont été faites sur le conjoint, sur soi, sur le couple et sur la représentation de couple.
 - ✓ **Le retour du refoulé et le dévoilement de la structure du couple** car la crise émerge souvent lorsqu'il y'a retour de ce qui avait été mis de côté, par l'échec de la défense par la collusion.
- **La résolution de la crise :** le dépassement de la crise passe par l'élaboration des collusions du lien dans un groupe-couple, un couple enveloppe qui les contient en mettant en jeu un travail sur cette enveloppe couple qui devrait pouvoir contenir le lien sans l'entraver dans sa mobilité. Ce que Latour (2005) appelle le passage du « *couple-certitude* » au « *couple-incertitude* », du « *narcissisme primaire* » au « *narcissisme secondaire* ». En effet, dans la crise, l'élaboration ou la réorganisation des collusions permettent au couple de remettre en jeu leurs identifications l'un par l'autre, l'un avec l'autre afin qu'ils aient une meilleure appréhension de leurs relations à leurs objets internes ; ils opèrent une distinction entre objet interne et objet externe et entre lien intersubjectif et relations d'objet. Toutefois Latour (2005) nous renseigne sur le fait que ces élaborations ouvrent soit sur une dissolution de ce lien, soit sur son renforcement, et pour chaque conjoint sur une possibilité nouvelle d'être en lien, car elles favorisent

l'intégration progressive des éléments en attente de symbolisation organisés jusque-là dans les collusions. Autrement dit, la crise pourrait se résoudre soit par évitement ou dépassement de la crise. Et le choix entre ces deux possibilités selon Latour (2005) est fonction de la capacité du couple à élaborer le processus de différenciation psychique (reconnaitre la différence de l'autre après avoir déniée ou ignorée cette partie de l'autre pendant la période de l'illusion) à l'intérieur du couple qui suit la période d'idéalisation initiale. (Cette capacité étant relié à la constitution, lors de la période d'instauration du couple, d'une enveloppe suffisamment contenant et étayante).

En somme selon Latour (2005), la constitution du lien conjugal, la crise et le travail psychique du dépassement de celle-ci, peuvent être penser comme un organisateur de la psyché de chacun des conjoints et dont le travail psychique s'effectue avec le temps, vu que tout dépassement implique la reconstitution du lien, de nouvelles collusions, de nouvelles crises car le travail psychique du couple n'est jamais terminé. Progressivement, ce travail s'effectue par un retravail des identifications dans un processus continu de changement et des éléments tels que le désir de durée et l'érotisation de la relation occuperaient une plus-value qui serait des conditions majeures pour que les conjoints puissent continuer à investir le lien, à le faire travailler et à s'investir dans les périodes de crises.

Smadja (2011), quant'à lui pour comprendre ce processus chez le couple aborde deux phases du couple pour rendre compte de l'histoire du couple depuis la rencontre jusqu'à la vie actuelle en passant par les investissements mis en jeu pour vivre et survivre à deux.

- ***La phase de lune de miel*** qui correspond aux débuts de la vie amoureuse qui est ici décrite comme « structurante pour la dyade et maturante pour les deux partenaires » (Smadja, 2011). Cette première phase de la constitution du couple est également rapprochée de « l'illusion groupale » tel que l'a décrite Anzieu (1971) pour les groupes. Ainsi l'illusion groupale, désigne un « état psychique particulier caractérisé par un sentiment d'euphorie que les groupes en général expriment à certains moments. (Smadja, 2011). Elle instaure un narcissisme groupal et provoque la mise en place d'un moi-idéal groupal qui viendrait se substituer au moi-idéal individuel des participants. Cette idéalisation permet aux partenaires de se sentir comme fusionnés l'un avec l'autre, de construire une frontière entre le couple et le monde. Cette phase symbiotique et fusionnelle est décrite comme nécessaire au couple.

Cependant une deuxième phase intervient dans la vie du couple et qui est très importante pour ce dernier, car lui permet d'accéder à l'ambivalence nécessaire au bon fonctionnement de

la relation d'objet. Toutefois ce n'est pas toujours le cas (ceux qui se séparent) car c'est parfois difficilement supportable pour certains couples.

- La deuxième phase que traverse le couple est la **crise du couple** qui se caractérise par non plus l'idéalisation comme à la première phase (lune de miel) mais plutôt par *la désillusion*.

Selon Erickson (1968), qui est l'un des premiers à avoir abordé la notion de crise, cette dernière renverrait à analyser les moments de crise du processus de développement, c'est-à-dire des crises naturelles principalement rattachées à des périodes de maturation biologiques telles que l'adolescence.

Or à la fin des années 1970, Kaës nous donne une autre compréhension de ce terme. Selon lui la crise cette fois ci renvoie plutôt à "*un changement brusque et décisif dans le cours d'un processus*" (Kaës, 1979, P.14). Donc il ne s'agit plus uniquement des transitions développementales naturelles mais bien aussi à "des formes de crise de vie sur lesquelles une organisation psychique, mise en place et fondée sur l'utilisation de certains mécanismes de défenses ou d'aménagements, bute sur sa limite et la limite des systèmes de compensation que le sujet avait mis en place" (Roussillon, 201). Ainsi, ces formes peuvent se retrouver au moment d'un évènement particulier, que nous supposons anodin ou non mais dont le contenu latent va venir révéler la structure sous-jacente du couple. Il pourrait s'agir d'un accident de vie ou bien d'une rupture sentimentale et dans notre cas il s'agit de la maladie VIH /SIDA.

Dans le même sens, Smadja (2011) en parlant des types de causalités pouvant être à l'origine d'une crise de couple, aborde comme second type (à la suite du premier qui est le retour du refoulé) les « **épreuves et étapes potentiellement critiques dans le couple** ». Par là il se réfère à tous les évènements qu'ils soient heureux ou malheureux susceptibles de représenter des blessures narcissiques, des deuils ou traumatismes.

C'est dans ce sens que Ruffiot (1984), l'un des premiers à investiguer sur la crise conjugale a pu parler du « désamour » comme de l'équivalent d'une désillusion groupale. Selon lui, la crise de couple est comme une « souffrance de l'appareil psychique conjugal et propose une interprétation purement groupale de la crise duelle (Ruffiot, 1984).

Anzieu (1986b, 1996) quant 'à lui aborde la crise de couple comme une désillusion, qu'il a métaphorisé autour de la « scène de ménage ». En effet, *la désillusion* renvoi en rapport avec le fantasme d'une peau commune à la mère et au bébé, une autre forme de fantasme appelé fantasme gémellaire par Anzieu (1993, p.14) qui fonde un premier type de couple amoureux où les deux membres se vivent comme des doubles imaginaires, comme deux êtres ou identiques ou symétriques inversés et complémentaires par rapport à une peau commune et à l'intérieur d'une enveloppe utérine. De ce qui précède, nous pouvons dire qu'une fois que le VIH / SIDA va s'installer dans le couple il y'aura une désillusion au niveau des projections faites au départ sur le conjoint et sur le couple. Car le conjoint séropositif n'est plus la personne de départ avec qui on avait des projets.

La crise conjugale dans un premier temps ici ramène le couple à un véritable travail de deuil qui consistera à une réélaboration nécessaire des projections qui ont été faites sur le conjoint et le couple. De même, dans un second temps, un retour du refoulé et le dévoilement de la structure du couple sera observé. En effet en plus de désillusionner le couple, la situation de VIH met également en exergue les raisons même de la mise en couple. Ceci se traduit par l'aversion, envers ce qui était apprécié si fort en son partenaire au début de la relation. (Dupré la Tour, 2005 b, p.47).

Toutefois, cette désillusion serait indispensable selon ces auteurs si le couple veut dépasser la crise du lien et ainsi fournir un étayage au lien.

CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUE

Dans notre étude, le chapitre précédent nous a permis de définir et de clarifier les concepts cruciaux de notre travail. Dans ce chapitre 3, il sera question pour nous de revenir plus en détail sur les éléments de notre ancrage théorique et d'y apporter des approfondissements. De manière plus concrète, cette partie de notre travail sera consacrée aux théories qui développent notre objet d'étude qui est le lien. Ici, nous allons l'appréhender davantage au travers d'un certain nombre d'approches théoriques. Il s'agit des approches développementale, systémique et psychanalytique, tout en relevant le rôle des mécanismes de défenses dans le travail du négatif chez ces couples confrontés à la survenue du VIH chez un des partenaires.

3-1- APPROCHE DEVELOPPEMENTAL DU LIEN

➤ SELON BOWLBY (1958)

Lorsqu'on s'intéresse au rapport d'une personne à l'autre ou encore à ce qui lie deux personnes dans une approche développementale, il est essentiel d'évoquer de prime à bord celui qui fut le premier à théoriser le comportement d'attachement. En effet, c'est en 1958 vers la fin de la guerre que le psychanalyste britannique Bowlby introduit pour la première fois la théorie de l'attachement. Sa première formulation de sa théorie présente le fait que l'attachement a pour base un équipement comportemental constitué par un nombre déterminé de « réponses instinctives » qui l'orientent vers la figure d'attachement. Ainsi, il va identifier cinq de ces réponses (ou schèmes de comportements), qui contribuent spécifiquement au développement des capacités d'aimance de l'enfant : sucer, attraper, suivre (comportements de proximité), pleurer et sourire (comportements de signalisation) (Goula, 2018). L'hypothèse proposée par Bowlby (1978), repose sur la théorie du comportement instinctif et postule que le « lien de l'enfant à sa mère est le produit de l'activité d'un certain nombre de systèmes comportementaux qui ont pour résultat prévisible la proximité de l'enfant par rapport à sa mère ». Le système d'attachement apparaît donc comme un système motivationnel comportemental. Le comportement d'attachement a pour fonction la protection à l'égard des prédateurs. C'est aussi l'occasion d'apprendre de la mère des activités variées nécessaires à la survie. Ce système comportemental a pour but premier et principal la régulation de la sécurité et la survie de l'enfant, dans une perspective évolutionniste d'adaptation.

En nous intéressant à la naissance du lien dans un couple, force est de noter qu'à la base, Bowlby utilisera le concept de « *modèle interne opérants* » (MIO) pour désigner les modèles mentaux que l'enfant se construit et qui le guideront dans ses relations interpersonnelles (Miljkovitch, 2002). Ainsi selon l'auteur, ces MIO comprennent à la fois un modèle de soi correspondant à une image de soi plus ou moins digne d'être aimée, et un modèle d'autrui où les autres sont perçus comme étant plus ou moins sensibles et attentifs à ses besoins. En d'autres termes, ces derniers désignent l'ensemble des attentes envers les proches que le tout-petit se construit progressivement sur base de ses premières expériences relationnelles. Ils serviraient en quelque sorte de guides dans la construction signifiante au cours de la vie. Dans le même sens, Owens, et al. (1995) soulignent que les expériences d'enfance ont une place très importante dans la vie de couple car selon eux, les modèles de relation intériorisés durant l'enfance orientent les attentes d'une personne envers son partenaire. À côté de cela, Berscheid et Reis (1998) spécifie qu'en ce qui concerne le choix du partenaire, les adultes vont vers ce qui leur est familier, pour créer des relations d'attachement. Selon eux si étant enfants, ils ont vécu un attachement de type « *sécure* » avec leurs parents, il y'a plus de chance que la personne élue par la suite puisse être à même de les rassurer et de les réconforter en période de stress.

➤ **SELON MIKULINER ET AL. (2002)**

Mikuliner et al (2002) quant'à eux sont arrivés à la conclusion que la qualité de la relation entre les parents joue un rôle essentiel dans la transmission générationnelle de modèles opérants d'attachement. Cette qualité du lien conjugal pourrait contribuer au style affectif des parents et à celui de l'adaptabilité des enfants (Merinfeld, 2005). Ainsi, selon Byng Hall (1999) cité par Merinfeld (2005), la transmission des liens d'attachement des grands parents aux parents et ensuite aux enfants ne dépend pas que de la manière dont les parents éduquent. Lorsqu'un individu apprend très tôt qu'il est digne d'être aimé et que les adultes lui répondront et seront disponible quand il en aura besoin ; il aura plus de chance d'établir des relations satisfaisantes avec d'autres partenaires et d'avoir l'envie et la capacité d'essayer de résoudre les problèmes relationnels et de gérer les émotions de telle manière qu'elles n'entrent pas en escalade en dehors de son contrôle. L'environnement familial établi par les couples qui peuvent gérer leurs émotions et résoudre les problèmes de manière effective facilite les relations mère-enfant et père-enfant, lesquelles en retour favorisent la capacité de l'enfant à explorer de nouvelles idées et relations.

➤ **SELON ZEIFMAN ET HAZAN (1997)**

De ce qui précède, nous pouvons ainsi dire que la constitution du couple dans une approche développementale est le résultat d'un long processus qui débute dès les premiers mois de naissance d'un individu. Ainsi le développement du lien dans le couple suit des étapes propres. C'est dans ce sens que Zeifman et Hazan (1997) en s'inspirant des phases du développement de l'attachement de Bowlby, ont proposé un modèle décrivant les étapes du développement du lien d'attachement dans le couple (Mintz, 2002, p.164).

Selon ces derniers, ces étapes sont entre autres : le pré-attachement, l'attachement en voie de constitution, le lien d'attachement, la partenariat corrigé quant'au but.

- « **Le pré-attachement** » : au cours de la période initiale de « flirt ». Ici il n'y a pas encore un véritable lien d'attachement mais cette période en favorise le développement ultérieur si la satisfaction sexuelle n'est pas l'unique objectif de la relation. L'attrait sexuel favorise cependant la construction future du lien d'attachement et sera renforcé en retour par celui-ci.
- « **L'attachement en voie de constitution** » : phase où « l'on tombe amoureux » et où la recherche de proximité n'est plus motivée uniquement par l'attraction sexuelle mais par la recherche d'une intimité qui procure une source de sécurité.
- « **Le lien d'attachement** » proprement dit se manifeste durant l'étape où « l'on est amoureux ». Ici, l'attraction sexuelle aurait moins d'importance alors que les échanges émotionnels occupent une grande place dans la relation. Le lien amoureux est associé à la réduction du stress au sens biologique du terme, au calme et à la sérénité. Le partenaire deviendrait le « havre de sécurité ».
- « **Le partenariat corrigé quant 'au but** » : étape de « post-romance » où la nécessité de proximité physique et tous les comportements favorisant le développement d'un lien d'attachement diminuent. D'une manière, cela libère de l'énergie psychique pour se tourner vers l'extérieur tout en étant assuré de l'existence d'un lien d'attachement.

➤ SELON HAZAN ET SHAVER (1990)

Par ailleurs, selon une étude menée par Hazan et Shaver (1990) sur un échantillon de 100 adultes, même si les amis peuvent offrir du réconfort au sein d'une certaine proximité et constituent ainsi des « havres de sécurité », seul le partenaire amoureux, au sein de relations stable de plus de 2 ans, peut jouer le rôle de base de sécurité. Il constituerait dès lors la figure d'attachement principale à l'âge adulte et prendrait la place qu'avaient les parents durant l'enfance (Mintz, 2002). C'est pourquoi, selon que le développement antérieur aurait été favorable (en raison de l'adéquation des soins donnés par la figure d'attachement) ou défavorable (en raison de l'inadéquation des soins donnés par la figure d'attachement), le lien à l'autre va se décliner soit sous la forme d'interaction sécuritaire et positive (amour, attachement, sécurité, etc...) soit sous la forme d'une impasse (interaction conflictuelle, haine, insécurité etc...). Ceci, pour dire que le modèle interne qui opère en chaque individu fut-il en situation d'adversité ou non découle de l'attente mutuelle confiante ou non des deux partenaires en ce qui concerne la disponibilité ou non de la figure d'attachement à partir d'une représentation d'expérience suffisamment « fiable » dans un temps passé. « Ces représentations d'expériences sont codées, mémorisées, puis retrouvées dans la mémoire mais pas forcément conscientes ». C'est pourquoi les individus établissent spécifiquement un type de lien à chaque situation vécue (Pillet, 2007 cités par Goula, 2017).

En résumé, nous pouvons dire avec Merinfeld (2005) que les théoriciens de l'attachement conçoivent la création du lien dans le couple comme suit : d'un côté, le choix du partenaire serait fait en fonction d'une recherche de sécurité qui, réduisant le stress, constituerait le « havre de sécurité ». En même temps, ce choix serait également sous-tendu par une quête du déjà vécu, du « familier ».

3-2- APPROCHE SYSTEMIQUE DU LIEN

Du grec « sustéma », le mot système signifie : " assemblage ou composition ". C'est en 1947 que le biologiste Von Bertalanffy élabore la théorie générale des systèmes. Il s'intéressait à la conception de l'organisme comme système ouvert. Sa théorie de la biologie est à la base de sa théorie générale des systèmes. Il définit le système comme un complexe d'éléments en interaction. Il distingue les systèmes réels (une planète, une cellule...) des systèmes conceptuels (mathématiques...) qui sont des constructions symboliques et les systèmes abstraits (les théories expérimentales). Cette théorie des systèmes sera alors basée sur quatre concepts que sont :

- La totalité : la totalité n'est pas la somme des parties, elle détient des propriétés particulières que n'ont pas les éléments lorsqu'ils sont séparés.
- La circularité : systèmes et sous-systèmes sont toujours en interaction réciproque avec d'autres, donc en évolution constante. Si un élément change, alors 69 l'ensemble du système changera.
- L'équifinalité : le même événement peut produire des effets différents. Les conséquences d'un changement sont aussi bien dues aux conditions initiales qu'aux processus et caractéristiques propres du système.
- L'homéostasie : l'équilibre est maintenu par des mécanismes auto régulateurs dans un environnement changeant.

Cette théorie va alors intégrer la deuxième cybernétique, dont l'objectif est de faire passer le système (couple) d'une vision statique à une vision dynamique. Le couple prend alors forme dans sa tendance au maintien d'équilibre, ainsi que dans sa capacité à évoluer et à créer de nouvelles structures (Planson, 2014). L'approche systémique est née de la théorie générale des systèmes, de la cybernétique, du structuralisme et de la théorie de la communication. Elle s'est centrée sur le couple comme système et a développé des techniques thérapeutiques conjugales. Ces pratiques cliniques en thérapie conjugale ont donné lieu à de nombreux développements théoriques éclairants les fonctionnements conjugaux. Rosnay (1975) quant'à lui, conçoit le système comme un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisé en fonction d'un but. Le Moigne (1977) le considère comme un objet qui dans un environnement doté de finalités exerce une activité et voit sa structure interne évoluer au fil du temps sans qu'il perde pourtant son identité unique. Miller (1978) le définit comme un ensemble d'éléments en interaction dynamique. L'état de chacun de ses éléments étant déterminé par l'état de chacun des autres éléments. Cette dépendance d'éléments et ce lien font que si un élément est modifié les autres le sont et que par conséquence tout l'ensemble est transformé.

Selon Watzlawick, Beavin et Jackson (1972), il existe des propriétés propres au système à savoir :

- Le principe de totalité, qui stipule que les comportements au sein du couple s'influencent mutuellement parce qu'ils sont interconnectés et interdépendants.
- Le principe de rétroaction, il stipule que, les actions des partenaires dans le couple et du milieu qui agissent sur le couple suscitent une réaction de la part de celle-ci qui modifie en retour l'environnement ou le comportement des membres concernés. La rétroaction

est ce processus de transmission de l'information qui va d'un élément à un autre qui va répondre et s'influencer les uns les autres en corrigeant les actions en cours. Ils distinguent deux types de rétroaction encore appelé feed-back : la rétroaction positive contribue à l'accentuation du phénomène. Et la rétroaction négative par contre contribue à amortir le phénomène.

- Le principe d'homéostasie, il permet couple de résister aux changements en s'autorégulant en cas de perturbations ou de stress d'origine interne ou environnementale pour conserver leur état initial. - L'autorégulation = la possibilité de changement. Tous les systèmes ne sont pas égaux devant leur faculté d'adaptation, dans leur régulation des difficultés internes et externes. Le système tend à la transformation et aussi à la stabilité et à se maintenir en équilibre, un équilibre instable et provisoire ce qui facilite l'évolution et les possibilités de changement. Cette force de changement permettra la croissance et la transformation. Le couple en tant que système est ainsi capable de se modifier tout en conservant son identité et tout en ayant la capacité à s'adapter au changement.

- Le principe d'équifinalité, qui stipule que dans un système le même effet peut avoir des causes différentes et que la même cause peut produire des effets différents. En d'autres termes l'état actuelle du système dépend plus de son organisation structurelle et fonctionnelle actuelles que de son histoire.

En effet, nous pouvons dire que selon l'approche systémique, le couple est considéré comme un groupe naturel, une unité biopsychosociale : la dimension biologique de le couple implique la présence en son sein des individus en chair et en os (ses membres) ; la dimension psychologique concerne les comportements de ses membres, leur mode de pensée (perception, représentation et interprétation du réel) ; la dimension sociale met en évidence le statut des membres, la place occupée et le rôle joué par chacun d'eux, les règles qui régissent le fonctionnement du couple, les mythes et les rituels qui constituent ces règles et même le pouvoir.

Toutefois, en s'inspirant de Planson (2014), nous pouvons dire que la stabilité qui est un facteur crucial dans le système conjugal, varie d'un couple à l'autre, ceci en fonction du stade d'évolution de ce dernier. La variabilité de cet équilibre est soumise à des normes que partagent les membres. Se faisant, ces normes apparaissent objectivées par des règles qui guident les comportements des membres vis-à-vis des autres et de l'environnement ; et qui guide également, la manière dont les sentiments et affects doivent être exprimés. Cet auteur nous renseigne ainsi à suffisance sur le fait que dans la vie d'un couple, les crises sont constamment présentes et nécessite de la part du couple d'effectuer en permanence des réaménagements pour pouvoir s'adapter aux nouvelles contraintes. Cette adaptation est donc une façon pour le couple de préserver sa stabilité, malgré les situations adverses.

Pour formaliser ces crises dans le couple qui peuvent être entre autres la survenue du VIH/SIDA dans le couple, les théoriciens de l'approche systémique, sensibilisent à l'importance d'être attentif à l'influence des différents contextes sociaux sur le comportement d'un individu. En systémique, la crise est considérée comme un moment de non-équilibre, l'équilibre antérieur n'étant plus adapté au contexte actuel. Cependant, bien qu'il s'agisse d'une phase de déséquilibre, la crise comporte avant tout un ordre, un potentiel évolutif important. Pour Falicov (1988), ces deux réalités se retrouvent d'ailleurs dans la traduction littérale du mot crise en chinois, qui est en effet constitué à la fois des caractéristiques de danger, de mort mais aussi de celles d'opportunité, de chance, d'occasion à saisir. Cela signifie que toute crise ou tout changement, comporte aussi bien un versant dangereux, qu'un versant évolutif pour le système qui le subit : ainsi selon cette approche, chaque couple peut donc mettre en œuvre ses capacités évolutives et s'adapter au travers de nouveaux rôles et patterns relationnels, ou devenir dysfonctionnelle en ne réagissant pas ou de manière non adéquate face aux perturbations.

3-3- APPROCHE PSYCHANALYTIQUE DU LIEN

3-3-1 Freud et le narcissisme : de l'amour de soi à l'intériorisation des représentations de soi et des autres : réflexion métapsychologique sur l'état amoureux

En 1911, Freud propose une première définition du narcissisme, il s'agit de cet amour de soi irréductible : l'individu « prend d'abord soi-même, son propre corps, comme objet d'amour ». Par la suite, Freud a fait la distinction entre le « narcissisme primaire » et le « narcissisme secondaire ».

- **Le narcissisme primaire** correspond à la première étape de la vie psychique de l'enfant qui est dans une relation fusionnelle avec sa mère et ne fait pas la distinction entre lui et celle-ci, et où toute sa libido est investie sur lui-même.

- **Le narcissisme secondaire** fait référence au mouvement psychique qui consiste à envoyer vers l'extérieur une partie de cette libido vers des objets extérieurs et qui ferait, dans un second temps, retour vers le Moi, au détriment d'investissement de ces objets (Freud, 1914 ; Laplanche et Pontalis, 1967). Freud utilise pour cela l'expression de « libido du Moi » ou « libido narcissique ». Ainsi il fait la distinction entre libido d'objets et libido du Moi. Widlöcher (1997), quant'à lui définit le narcissisme en ses termes :

Le narcissisme ne peut plus être défini comme le simple retour de la pulsion libidinale sur le sujet, vue trop théorique et trop simple, mais comme l'intériorisation d'un ensemble de représentations de soi et de représentations d'autrui qui constituent des systèmes de rapports intrapersonnels. (Widlöcher, 1997)

Il s'agit donc de la confrontation entre une représentation de soi et une représentation de l'autre. Il est toutefois nécessaire de préciser encore qu'il s'agit de représentations imaginaires et fantasmatiques (et non pas d'une « perception objective » de soi et de l'autre). Dans le même sens, Céline Desmarais et Maryse Dubouloy (2010) pensent que les relations avec les autres, la perception que nous en avons et les comportements que nous adoptons dépendent à la fois de ce qu'ils sont et font, mais aussi de ces constructions internes imaginaires, extrêmement personnelles le plus souvent inconscientes, et donc particulièrement difficiles à partager.

De ces deux distinctions de Freud du narcissisme, il ressort une approche du narcissisme qui va d'un amour de soi à l'intériorisation des représentations de soi et des autres mettant en exergue ce que Kaës avait remarqué dans « *Le sujet, Le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes, p.18. 2010* ». En effet, Kaës (2010) montre que même si les constructions conceptuelles qui forment le corpus théorique de la psychanalyse ont été élaborées sur la base de la cure individuelle freudienne et même s'il n'a pris en compte qu'un des membres du couple, (« le sujet amoureux » qui est le pivot de sa conception de l'amour), ce dernier ne s'est pas limité à explorer l'espace intrapsychique. Car il a mis cet espace en rapport avec des espaces psychiques homologues, celui de l'autre, de la mère en premier lieu, mais aussi celui des groupes, des masses et des institutions (Benhaim David, 2013).

Freud a posé une multitude de bases de compréhension concernant les processus psychiques inhérents au sentiment amoureux. Ainsi, il a défini la pulsion sexuelle et développé sa théorie sur la distinction entre le courant tendre et le courant sensuel, associés dans l'amour adulte. Freud a également décrit les types de choix d'objet narcissique et par étayage, dont l'équilibre détermine en partie la mise en place du sentiment amoureux.

Les deux phénomènes sur lesquels s'axe la pensée de Freud en ce qui concerne l'état amoureux s'articule autour de :

✓ **La surestimation sexuelle** qui est l'estimation psychique à laquelle est soumis l'objet sexuel comme but destiné à satisfaire la pulsion sexuelle (Freud, 1905).

✓ **L'idéalisation**, qui en relation avec la vie amoureuse et dégagé de la notion de narcissisme renvoie à un processus qui concerne l'objet et par lequel celui-ci est agrandi et exalté psychiquement sans que sa nature soit changée (Freud, 1914). Le sujet amoureux traite l'objet aimé comme son propre moi, et une bonne partie de la libido narcissique déborde sur lui. Donc l'objet sert à remplacer un idéal du moi propre, car l'idéal du moi cède et renonce à sa fonction critique.

Par la suite, Freud, établit une différence entre l'identification et l'état amoureux où il montrera que dans l'identification le Moi s'enrichi des propriétés de l'objet et dans l'Etat amoureux, le Moi s'abandonne à l'objet et s'appauvrit. Cependant suite à cela il se questionne si dans l'identification l'objet n'est plus investi ou il y'a possibilité d'avoir identification avec l'objet conservé. Pour apporter des éléments de réponse à cette question, Freud fera un détour par l'hypnose, et fera une comparaison entre cette dernière et l'Etat amoureux et montrera les coïncidences frappantes qui existent entre les deux : la soumission et l'absence de critique face à l'hypnotiseur comme face à l'objet aimé étant les traits les plus saillants. Ainsi, il conclura que l'hypnotiseur de même que l'objet est venu occuper la place de l'idéal du moi. L'hypnotiseur est devenu l'objet unique de l'hypnotisé, et aucun autre ne l'intéresse. Cependant par la suite il notera une grande différence entre ces derniers car dans le lien hypnotique on observera une absence de pulsions proprement sexuelles qui contribue par ailleurs à l'extrême pureté des phénomènes. En effet selon lui le lien hypnotique serait un abandon amoureux sans restriction qui exclut toute satisfaction sexuelle or dans l'état amoureux cette dernière peut être temporairement repoussée, elle demeure cependant à l'arrière-fond comme but sexuel.

Par la suite Freud établira une différence entre ce même lien hypnotique et lien du meneur à la masse. Pour se faire, il va aborder le phénomène d'idéalisation collective qui s'exprime dans le lien du meneur à la masse pour le comparer d'une part à l'hypnose, de l'autre

à l'état amoureux. Il définira ainsi le lien hypnotique comme une formation collective à deux, « une formation en masse à deux ». Ceci permet de voir comment Freud bien qu'ayant fait quelques liaisons avec la masse n'a cependant pas développé le couple amoureux dans une perspective groupale.

Il conclura de ce fait que, l'hypnose n'est pas un bon objet de comparaison avec la formation en masse car elles sont identiques. Autrement dit, contrairement à la masse et à l'Etat amoureux, l'hypnose dégage un élément qu'elle isole : le comportement de l'individu de la masse face au meneur. Et ce qui différencierait alors l'hypnose de la formation en masse (qui est plus complexe) est la limitation du nombre de même que ce qui différencie l'hypnose de l'Etat amoureux est l'implication des aspirations proprement sexuelles dans chacune d'elles. Enfin il conclura cette réflexion en statuant sur le fait que l'hypnose occupe une place intermédiaire entre la formation de masse et l'Etat amoureux (Benhaim, 2013).

Force est de noter que bien qu'ayant mis en place les composantes psychiques fondamentales de la relation entre un individu et un autre, l'intérêt pour les phénomènes groupaux n'a cessé de se développer parmi les psychanalystes. L'une des principales raisons étant que les nouveaux objets sont devenus beaucoup plus complexes, plus abstraits et surtout inaccessibles par la méthode du divan ne permettant pas ainsi de bien comprendre le mécanisme inhérent au fonctionnement ou à la dynamique propre à un ensemble d'individus (groupe). Force de cela certains psychanalystes, se sont vus dans l'obligation pour mettre à l'épreuve de la clinique ces nouveaux objets, de placer un dispositif méthodologique approprié à un but de connaissance et de transformation de ces objets permettant ainsi un travail thérapeutique avec les couples et les familles. En outre, ce sont les outils de travail développés par Pichon-Rivière, Foulkes et Bion, Anzieu, Kaës, Eiguier, Ruffiot qui ont rendu accessible l'écoute psychanalytique de la dyade amoureuse considérée comme une entité à part entière.

3-3-1- LE GROUPE, UNE ENTITE, AVEC SA DYNAMIQUE PROPRE

➤ FOULKES ET BION (GRANDE-BRETAGNE)

C'est dans les années 1940 que S.H Foulkes et Wilfred Bion ont été les premiers psychanalystes à développer l'analyse de groupe pour traiter les névroses dans le même hôpital, Northfield. Le groupe étant envisagé cette fois ci comme une entité spécifique et non plus seulement comme la superposition de plusieurs psychothérapies en groupe (Guéguen, 2017). Ils considèrent le groupe comme un tout mais ils abordèrent ce champ de façon différente.

Foulkes commença le travail de groupes en tant que psychanalyste avec plus de dix ans d'expérience de la thérapie individuelle. Il avait été habilité comme psychanalyste en 1930 et commença à travailler avec des groupes en 1941. Lorsque Foulkes commença à travailler comme psychothérapeute de groupe, il fit une synthèse de la *Gestalt* et de ses idées (Foulkes, 1946a), et il conçut les individus comme des points dans un champ plus ample en les considérant (après Goldstein) comme des matrices de communication. L'individu est le nœud à l'intersection des réseaux de communication. L'image de la matrice ressemble peut-être au diagramme de l'analyse sociométrique. C'est la somme des communications entre les individus et elle acquiert sa nature soit à travers ce que les individus apportent en termes de postulats culturels sur les groupes soit à travers les formes d'interaction spécifiques aux individus qu'elles soient « normales » ou névrotiques. (Hinshelwood, 2009).

Bion quant'à lui se situant ici dans le mouvement psychanalytique post-kleinien est surtout connu par ses importants travaux sur la psychose et le développement de la pensée mais auparavant, il s'est confronté à la conduite de groupes thérapeutiques et de là, à la compréhension du fonctionnement psychique groupal. Il se retrouve officier pendant la dernière guerre et participe avec une autre psychanalyse, Rickman, à l'organisation de groupes à but curatif dans un service psychiatrique militaire. De retour dans la vie civile, parallèlement à des thérapies individuelles avec des patients lourdement handicapés, dont il avait déjà l'expérience avant la guerre, il introduit de 1948 à 1951 une expérience de psychothérapie de groupe à la Tavistock Clinic de Londres (Avron, 2012).

En s'intéressant au lien, Bion l'entreprend comme la relation du sujet avec une fonction plutôt qu'avec l'objet qui la favorise. Il distingue le lien intrapsychique – lien entre la pulsion et la représentation, entre des représentations différentes, entre la pensée et l'affect, entre le sujet et sa propre capacité de penser – et le lien interpersonnel. Il s'est d'abord intéressé au lien précoce mère-nourrisson, puis à la clinique avec les patients psychotiques. Dans son article « Attaque contre les liens », il montre que le patient psychotique lance des attaques destructrices, meurtrières contre tout ce qui lui paraît avoir fonction de lier un objet à un autre. Ces attaques contre le lien tirant leurs origines dans la position paranoïde selon M. Klein (Joubert, 2003). W. Bion à partir de son travail sur les petits groupes, a introduit la notion de lien. Selon lui, le lien est un mécanisme d'identification projective, qu'il complètera plus tard par la métaphore de la fonction *alpha* de la mère : la mère quand elle supporte les projections de son enfant- cet élément *bêta*- les lui renvoie en les détoxiquant. Dans ce mécanisme ce qui forme le lien est le double mouvement, celui de l'enfant vers la mère et celui du retour de la mère à l'enfant, ce qui a pu être exprimé par les termes « d'identification projective de communication ». Ainsi, selon cet auteur, le lien serait en conséquence 'l'aboutissement d'un double processus : d'une identification désirée côté enfant, d'une identification agréée côté mère » (A. Eiguer, 1984,1998 cités par Dupré La Tour ,2002).

En effet, Bion voyait le groupe comme une illusion impliquant la perte d'individualité alors que pour Foulkes le groupe constitue la matrice du développement de l'individualité. (Brown, 1985).

➤ **PICHON-RIVIERE (ARGENTINE)**

Pichon-Rivière en 1971, a développé lui aussi une théorie du lien. Il affirme qu'« il n'y a pas de psychisme en dehors du lien à l'autre ». Selon lui, le lien est une structure complexe qui inclut le sujet, l'objet et leur mutuelle interaction, à travers des processus de communication et d'apprentissage, dans un cadre intersubjectif », ceci dans une relation dialectique qui permet l'internalisation de la structure du lien, qui acquiert ainsi une dimension intra subjective. Selon cet auteur, l'individu se constitue à l'intérieur d'une structure triadique du lien (bicorporelle et tripersonnelle). Il fait ainsi l'hypothèse que, dès le début, l'enfant se trouve dans une situation triangulaire ; au sein de la dyade mère-enfant, le tiers est présent et agit dès le premier instant, du moins dans l'esprit de la mère. L'individu naît donc à l'intérieur d'un réseau de liens et appartient à celui-ci. En référence à la théorie kleinienne, il distingue *le bon lien* qui prend origine dans les expériences gratifiantes) et *le mauvais lien* (produit par des expériences frustrantes).

➤ **ANZIEU (1998) (FRANCE)**

Anzieu quant 'à lui s'intéresse aux effets groupaux à travers cinq organisateurs psychiques inconscient du groupe tels que les fantasmes originaires, les imagos archaïques, le complexe d'Œdipe comme méta-organisateur, l'image du corps et l'enveloppe psychique de l'appareil groupal. Il introduit alors le terme d'« enveloppe psychique » s'appuyant sur la notion de moi-peau et conçoit le groupe comme :

« Un objet libidinal commun, intériorisé par chacun sur le modèle du premier objet d'amour individuel de l'enfant ; d'où le déni de la perte de cet objet et de l'exaltation de ses retrouvailles ». (Anzieu, 1998, P.135).

Anzieu a contribué à cette qualification de l'espace groupal en le traitant comme une entité formée à partir de la projection des topiques individuelles dans le groupe, de l'édification d'idéaux communs, d'une enveloppe formant un contenant et un intermédiaire entre le groupe et l'extérieur, entre les sujets et le groupe. Il a proposé les concepts d'illusion groupale et d'enveloppe groupale. En effet, Anzieu s'inscrit dans la conception Winnicottienne de l'illusion qui prône le fait que pour que l'illusion s'installe il faudrait un objet réel et dans le cas de la relation mère-enfant, il faudrait que la mère soit suffisamment bonne pour son nourrisson en s'adaptant activement à ses besoins développant ainsi la capacité d'illusion de ce dernier, et progressivement elle entamera un processus de désillusionnement qui va l'amener à la désillusion. Autrement dit, l'illusion groupale représente selon Anzieu (1998) cet état psychique collectif où les membres du groupe se sentent bien ensemble, et constitue un bon groupe avec un objet libidinal commun, intériorisé par chacun sur le modèle du premier objet d'amour individuel de l'enfant. De même, cette illusion groupale partagé apporte aux membres du groupe :

« Une confiance de base dans leur groupe, qui est proprement « transitionnelle » au sens winnicottien : confiance en une double continuité entre la réalité psychique interne individuelle et la réalité psychique interne groupale : entre celle-ci et le secteur de la réalité externe, physique et sociale, où le groupe poursuit ses objectifs. Elle apporte aux membres du groupe la capacité de jouer, d'imaginer, de se cultiver, de créer ensemble. » (Anzieu, 1998, P.135).

➤ RUFFIOT

Selon lui, un couple naît dans un premier plan au travers d'un bouleversement topique qui se caractérise par le fait que les sujets amoureux se sentent arrachés à leur vie moiïque, décentrés par rapport à leurs Moï respectifs, et ils mettront en commun leurs espaces psychiques. Ils fonctionnent désormais avec une psyché unique où les instances se sont fusionnées ou dissoutes et dans lequel les narcissismes des deux partenaires sont temporairement débarrassés. Autrement dit dans la dyade amoureuse, les instances deviennent communes au couple en ce sens où selon Ruffiot : le Ça sera vécu comme un fond pulsionnel commun, le Surmoi sera un plus apaisé. Et pour le Moi, il y'aura une croyance par le couple à un Moi idéal du couple qui serait une aspiration à la fusion impossible mais auquel le couple croit coûte que coûte.

A côté du point de vue topique, Ruffiot nous renseigne en second plan que lors de la constitution du couple du point de vue dynamique, le conflit en thérapie conjointe se donne à entendre sous deux formes :

- ✓ Entre le couple et l'environnement, c'est-à-dire « sous la forme d'une défense des limites de l'unité-couple, contre l'intrusion de l'environnement »
- ✓ Du point de vue de la structure interne du couple, il « a tendance à se réduire à une reconnaissance respective de l'être-homme et de l'être-femme. »

Dans un troisième temps, selon le point de vue économique, quand le couple se met en place, une économie nouvelle s'installe, ce n'est pas la simple adjonction d'un "quantum" énergétique l'autre "quantum" énergétique de deux somas-psychés couplés. C'est plus une mise en commun des Ça individuels qui sont les sources d'énergie libidinale de l'individu et d'un resourcement continu des Moï qui sont les réservoirs d'énergie à cette nouvelle source commune. Or pour Freud, dans l'état amoureux le sujet se vide de sa libido narcissique au profit de l'objet, et l'investissement libidinal n'allant que dans un sens, appauvrir le sujet amoureux. (Ruffiot cité par Benhaim, 2013).

➤ PONTALIS

Pontalis parle en s'intéressant au couple, de *l'objet couple* en mettant en évidence les investissements et les représentations dont le groupe est l'objet. Selon lui, l'objet-couple est cet objet que les amoureux investissent et qui est la relation elle-même. Le couple en tant qu'entité va investir non seulement chacun des conjoints mais aussi le couple formé comme objet.

3-3-2- KAËS ET SON MODELE DE L'APPAREIL PSYCHIQUE GROUPELE

L'une des insuffisances des travaux cités plus haut relève le fait que Freud bien qu'ayant abordé, ou mis en exergue les bases du groupe, il s'est limité au travail sur la cure individuelle. De même les postfreudiens ne se sont intéressés qu'au groupe en tant que particulier avec son mode de fonctionnement groupale qui lui est propre en écartant la dynamique individuelle. Insuffisance qui a été très vite comblé par Kaës (1976) qui a contribué dans cette théorisation psychanalytique du groupe en concevant une réalité psychique ou le groupe est cette fois ci considéré comme un assemblage entre trois espaces : le groupe, les liens intersubjectifs et l'espace intrapsychique. D'où son modèle de l'appareil psychique groupal, qui rend compte de ces trois espaces en s'articulant et en s'étayant sur les effets de groupe et les effets de l'inconscient de tous les individus rassemblés. (Kaës, 1976 b ; Privat et al., 2001). Selon Kaës (2014), l'« invention » psychanalytique du groupe s'inscrit dans le contexte des grandes ruptures de la postmodernité et s'inscrit aussi dans le mouvement psychanalytique. Elle s'est faite en plusieurs étapes, en plus d'un lieu et sur des bases théoriques et méthodologiques diverses. Kaës (1990), a conçu un modèle de l'appareil psychique groupal qu'il a appliqué au couple et qui a permis de penser l'agencement des psychés dans les liens de couple de même que la consistance de sa réalité psychique. Selon ce dernier le couple est le lien et son fonctionnement psychique ne serait pas seulement la résultante de la somme de psychismes individuels mais serait aussi le résultat des alliances conscientes et inconscientes qui se constituent entre les sujets du couple et qui sont à l'origine de l'espace intersubjectif auquel elles donnent naissance et qui se différencie de l'espace intrapsychique. (Benhaim, 2013)

En effet en s'intéressant au lien dans le groupe, Kaës a cherché à établir comment penser les rapports entre le sujet, le groupe et les liens qui s'y établissent à partir de l'expérience du travail psychanalytique en situation de groupe. Pour ce faire ; ce dernier a d'abord proposé une description des espaces psychiques qui contiennent la réalité psychique du groupe, du lien et du sujet, puisque aussi bien, la réalité psychique inconsciente est l'objet propre de notre conception psychanalytique. Selon lui, pour penser la consistance des processus et des formations de l'inconscient dans les groupes, il ne suffit pas d'appliquer les concepts de la psychanalyse issus de la pratique de la cure : il faut définir en quoi consiste la réalité psychique du groupe.

3-3-3-1- LES 3 ESPACES PSYCHIQUES

S'appuyant sur la réalité de nouvelles bases méthodologiques et cliniques, distinctes de celles de la cure, Kaës (2010) relève la nécessité d'une conception de l'inconscient et de la réalité psychique inconsciente dans plusieurs espaces psychiques, et par conséquent une autre représentation du sujet de l'inconscient. Ces espaces sont celui du sujet considéré dans sa singularité, celui du lien intersubjectif et celui des ensembles pluri-subjectifs. Dans les groupes, ces trois espaces sont co-activés, associés et interférents. Cependant Kaës (2010) rappelle que dans la cure, seul le premier est activé, les deux autres demeurent à l'arrière-plan, neutralisés de par la méthode utilisée, bien qu'en fusion avec les deux autres que l'on voit parfois faire irruption dans l'espace transféro-contretransférentiel.

➤ L'ESPACE DU GROUPE

La centration sur cet espace a été selon Kaës (2010), le moyen pour les psychanalystes d'explorer et de penser le groupe en psychanalyse en tant qu'une entité spécifique, dotée de processus et de formations propres, irréductibles à celui des sujets qui le constituent, capables de caractériser ce que Freud nommait une psyché ou une âme de groupe. La description de cet espace s'est faite progressivement au travers de plusieurs auteurs qui le concevait à travers les concepts de : mentalité et de culture de groupe pour Bion, de matrice groupale pour Foulkes, de l'idée gestaltiste de totalité et de champ pour Pichon-Rivière, d'illusion groupale et d'enveloppe groupale pour Anzieu. Et enfin Kaës lui-même a apporté comme contribution à la qualification de cet espace en construisant un autre modèle qu'il a appelé l'appareil psychique groupal. Modèle qui contrairement à la conception de cet espace des précédents auteurs, met en exergue trois caractéristiques principales que sont :

➤ La première est qu'il s'agit d'un modèle ergonomique, l'accent est mis sur le travail de cet appareil dont la fonction est de lier et de transformer les espaces psychiques des sujets qui sont membres du groupe. Il résulte de ce travail des formations et des processus spécifiques, et non seulement la projection des objets internes dans le groupe conçu comme une surface de projections ou un réceptacle des objets internes.

➤ La seconde particularité de ce modèle est qu'il contient plusieurs espaces psychiques, chacun disposant de contenus psychiques, d'organisations et de fonctionnements spécifiques, avec une topique, une dynamique et une économie distincte.

➤ La troisième caractéristique est qu'il réintroduit la prise en considération de l'espace psychique du sujet singulier dans le groupe, ce que tous les modèles holistiques avaient exclu. En opérant une sorte de contre-champ par rapport à ce point de vue, et en me plaçant du point de vue du sujet, il importe de considérer que chaque sujet est précédé par le groupe dans lequel il est appelé à prendre place et à contribuer à sa maintenance. Différentes sortes d'alliances inconscientes le précèdent et le structurent. De cet espace, il est tout à la fois l'héritier, le serviteur, le bénéficiaire et le maillon (Kaës, 2010).

➤ L'ESPACE DU LIEN

Selon Kaës (2010), le lien est « *ce qui lie plusieurs sujets entre eux dans un ensemble : il est irréductible à ses sujets constituants* ». Ce dernier conçoit ce second espace en mettant en avant les liens qui se forment dans le cadre du groupe, entre les membres de ce groupe qui se diversifient en sous-ensembles dont les expressions se manifestent, sur le fond de la réalité psychique du groupe, dans la formation des couples et des trios. Ainsi, il se propose de décrire ce lien à travers trois dimensions que sont :

- **Son espace et son contenu** : en abordant cette dimension, Kaës met en exergue le fait que le lien n'est pas la somme de deux ou plus de deux sujets mais plutôt un espace de réalité psychique spécifique construit à partir de la matière psychique engagée dans les relations entre deux ou plus de deux sujets ; ces liens étant de nature libidinale, narcissique et thanatique. Un lien n'est pas seulement un connecteur d'objets subjectifs qui interagissent : il possède sa consistance propre. Dans un lien, les sujets sont dans des relations d'accordage, de conflit, d'écho et de miroir, de résonance avec leurs propres objets internes inconscients et avec ceux des autres. Le lien se fonde essentiellement sur les alliances inconscientes nouées entre eux. C'est ainsi que sur la base que le lien se fonde essentiellement sur les alliances, il définira le lien comme « *la réalité psychique inconsciente spécifique construite par la rencontre de deux ou plusieurs sujets* ».

- **Son processus** : le lien est le mouvement plus ou moins stable des investissements, des représentations et des actions qui associent deux ou plusieurs sujets pour accomplir certaines réalisations psychiques qu'ils ne pourraient pas obtenir seuls : accomplissement de désirs, constructions de représentations, mise en œuvre de défenses. À côté des alliances inconscientes, les fonctions « phoriques » sont un des principaux processus du lien : un sujet porte, pour lui-même et pour un ou pour plusieurs autres, un signe, une pensée, un rêve, une parole, un symptôme, un idéal.

- **Sa logique** : se distinguant de celle qui est régit dans le fonctionnement de l'espace intrapsychique, la logique du lien renvoie à une logique des corrélations de subjectivités, dont la formule pourrait être énoncée de la manière suivante : « *pas l'un sans l'autre, sans les alliances qui soutiennent leur lien, sans l'ensemble qui les contient et qu'ils construisent, qui les lie mutuellement et qui les identifie l'un par rapport à l'autre* » (Kaës, 2010).

➤ **L'ESPACE DU SUJET SINGULIER**

Kaës (2010) en abordant cette configuration de l'espace du sujet singulier, met une touche spécifique à la compréhension du sujet dans les liens. En effet, Freud au travers du mythe de la Horde a pu sortir de la psychologie de masse pour acquérir un statut de sujet car ce mythe serait « *le pas par lequel l'individu (der Einzelne) sort de la psychologie des masses* ». Cependant, il aborde cet espace en termes d'individualité car il parle d'individu (das Individuum) et (der Einzelne) avec des connotations qui tantôt s'accordent avec le concept générique et biologique d'individu, une entité démographique et d'une certaine manière statistique tantôt avec celui d'une personne particulière, considérée isolément, dans sa singularité, mais douée d'une vie psychique ou animique et tantôt avec celui d'être humain). C'est pourquoi dans une exigence de prendre en considération le sujet dans le groupe et d'interroger les médiations qui articulent les espaces respectifs du sujet, du lien et du groupe, Kaës (2010) pense qu'il est nécessaire de concevoir le sujet de l'inconscient dans son espace intrapsychique, dans l'espace intersubjectif et dans l'espace des configurations de lien (groupes, familles,...) où il prend la place qui lui est assignée sur un double axe, synchronique avec les contemporains, diachronique dans la génération. Le sujet se définit ainsi par la réalité psychique qui se constitue en lui. En groupe ce sujet se manifeste dans son double statut, corrélatif, de sujet de l'inconscient et de sujet du groupe.

En conclusion, il ressort de ce nouveau modèle de compréhension de l'appareil psychique groupale, que la situation groupale met en travail les rapports que le sujet entretient avec ses propres objets inconscients, mais aussi avec les objets inconscients des autres, avec les objets communs et partagés qui sont déjà là, hérités, et avec ceux qui se présentent et se construisent dans la situation de groupe.

3-3-3-2- LES ORGANISATEURS DU LIEN

Dans la continuité des travaux sur le lien, Kaës a décrit la formation d'alliances inconscientes entre les sujets, soutenues par des investissements pulsionnels et par des fantasmes inconscients. Ces alliances inconscientes constituent des éléments organisateurs dynamiques et structuraux du lien. Parmi ces alliances, Kaës différencie d'une part les alliances de réalisation de désir, et les « pactes défensifs » ou « pactes dénégatifs » qui servent les besoins défensifs des sujets lorsqu'ils forment un lien et veulent maintenir ce lien (Smadja, 2011).

➤ LES ALLIANCES INCONSCIENTES AU FONDEMENT DE TOUT LIEN

Selon Kaës (2009,2014), à l'origine même de la vie psychique et ultérieurement pour constituer un couple, une famille, un groupe et vivre en communauté les individus entre en lien à travers une identification mutuelle et à un objet commun. En plus de ces identifications, ces derniers doivent obligatoirement nouer et sceller des alliances inconscientes entre eux afin d'établir, maintenir et resserrer leur lien.

En effet, les alliances inconscientes sont d'après Kaës (2009,2014, p.35) : « *Des formations psychiques communes et partagées qui se nouent à la conjonction des rapports inconscients qu'entretiennent les sujets d'un lien entre eux et avec l'ensemble auquel ils sont liés en étant partie prenante et partie constituante* ».

Les alliances inconscientes ont pour caractéristique d'assurer par une action commune un intérêt commun et d'atteindre par ce moyen un but précis, qui ne pourrait être atteint par chaque sujet considéré isolément. En termes de fonction, elles sont à la fois un processus et un moyen d'accomplissement des buts inconscients. Ses buts sont principalement :

- Soit d'assurer les investissements vitaux pour le maintien du lien et de l'existence de ses membres, ceci en exigeant une réciprocité et une communauté des investissements narcissiques et objectaux.
- Soit de constituer une réciprocité et une communauté des mécanismes de défense pour traiter diverses modalités du négatif dans la vie psychique individuelle et collective.

Les alliances inconscientes sont de plusieurs formes allant des alliances structurantes à celles défensives ; et dans ce travail celles qui vont être les plus mises en exergue seront le contrat narcissique et le pacte car elles rendent mieux compte du fonctionnement des alliances inconscientes.

➤ **LE CONTRAT NARCISSIQUE**

Il s'agit maintenant d'identifier comment l'individu se construit – et construit une représentation du monde – grâce aux alliances inconscientes et plus spécifiquement à travers le contrat narcissique qu'il établit avec l'autre, avec les autres.

Le contrat narcissique est une figure complexe des alliances structurantes primaires inconscientes. Il est une des alliances de base, dans la mesure où l'investissement narcissique qu'il requiert et qu'il dispense est à l'origine du lien et de l'alliance d'accordage primaire entre le bébé et son premier ensemble intersubjectif. Le contrat narcissique est aussi une des alliances structurantes nécessaires au développement de la vie psychique. Enfin, il comporte une dérive aliénante et pathologique. Le contrat narcissique illustre ce que Kaës (2014) entend ici par un étayage mutuel de la pulsion, ici de la pulsion d'autoconservation et de ses composantes narcissiques.

• **ORIGINE FREUDIENNE DU CONTRAT NARCISSIQUE**

En ce qui concerne la conception du contrat narcissique selon Freud, de prime à bord, nous devons revenir sur la conception même du narcissisme selon Freud. En effet, Freud évalue ou du moins étudie le narcissisme sur quatre versants. Dans son œuvre « Pour introduire le narcissisme » qu'il a écrit en 1914, Freud aborde le narcissisme selon quatre aspects principaux à savoir une perversion sexuelle, une étape dans le développement psychique, entre autoérotisme et amour objectal, comme un investissement libidinal du moi et comme un choix d'objet distinct du choix d'objet par étayage. En outre, Freud élabore le narcissisme ici uniquement dans un versant intrapsychique car il propose ce modèle en ne faisant intervenir que l'individu singulier, l'individu qui a un fonctionnement intrapsychique uniquement car par la suite il va aborder le narcissisme primaire comme « Une situation psychique dans laquelle le Moi au début de la vie psychique est originellement investi par la pulsion et est capable de satisfaire ses pulsions sur lui-même ». Et comme il l'a montré, l'individu vit selon deux pulsions : les pulsions de vie et les pulsions de mort et dans les pulsions de vie il a énuméré les pulsions d'autoconservation et les pulsions sexuelles ; Alors il montre que les pulsions de vie sont de nature libidinales et la libido narcissique est celle de ces pulsions, ainsi dans le cadre du narcissisme primaire, c'est la libido narcissique qui repose sur l'individu qui est la libido de ces

pulsions, et dans les pulsions sexuelles, c'est le Moi qui est pris comme objet d'amour. Ainsi, Freud résumera ce narcissisme primaire à l'amour de soi. Plutard il va montrer que, effectivement le narcissisme pourra donner place à d'autres objets qui ne sont pas seulement le Moi de l'individu alors, on aura donc une opposition entre les investissements libidinaux du Moi uniquement et les investissements libidinaux de l'objet ou des différents objets.

Après avoir situé ainsi le narcissisme dans l'opposition entre libido du moi et libido d'objet, ce dernier va par la suite mettre en avant le double statut qui impose une double existence à l'individu : « En tant qu'il est à lui-même sa propre fin, et en tant qu'il est membre d'une chaîne à laquelle il est assujetti contre sa volonté ou du moins sans l'intervention de celle-ci ». De cette chaîne, il est le serviteur, le bénéficiaire et l'héritier. Outre cette première proposition, deux autres idées retiennent l'attention au regard de la question des alliances. La seconde idée est que l'investissement de l'enfant à venir par le narcissisme parental nourrit et soutient le narcissisme du bébé. Les parents font de l'enfant le porteur de leurs rêves de désir non réalisés et ils l'assurent par là même dans son narcissisme, tout comme c'est à travers eux que le désir des générations précédentes a soutenu, positivement ou négativement, leur venue au monde et leur ancrage narcissique : « His Majesty the Baby [...] accomplira les rêves de désir que les parents n'ont pas mis à exécution, il sera un grand homme, un héros, à la place du père ; elle épousera un prince, dédommagement tardif pour la mère. Le point le plus épineux du système narcissique, cette immortalité du moi que la réalité bat en brèche, a retrouvé un lieu sûr en se réfugiant chez l'enfant » (Freud, 1914, trad. fr. 1969, p. 96).

Ainsi, selon Kaës (2014) même si Freud ne dit rien de très précis sur la conflictualité interne de ce double statut ou sur l'organisation des rapports entre la chaîne et ses maillons, c'est là un premier point d'appui pour penser le concept de contrat narcissique.

• PIERRA AULAGNIER CASTORIADIS ET LE CONTRAT NARCISSIQUE

Pierra Aulagnier en abordant le concept de contrat narcissique en 1975, fait une différence, car ne s'inscrivant pas dans une logique où le contrat est seulement celui qui inscrit l'infans dans la relation mère-enfant, ni même dans la relation parent enfant, elle permet ainsi une grande avancée dans la compréhension des effets psychiques de la place du narcissisme dans le lien. Selon elle, chaque nouveau-né vient au monde dans un groupe, où il est appelé à en devenir sujet en étant porteur d'une mission : celle d'assurer la continuité du groupe et des générations successives, selon un mode particulier qui lui est assigné au terme d'un contrat relevant de l'économie narcissique. Pour assurer cette continuité, l'ensemble doit à son tour et

en échange investir narcissiquement ce nouvel individu. Ainsi, chaque nouveau-né dont le statut psychique est, dès avant sa naissance, celui d'un sujet du groupe, trouve une place déjà désignée dans un ensemble, une place dont il a besoin pour se développer et pour que le groupe se maintienne. Considérée sous cet angle, la fonction principale de ce contrat est de maintenir la continuité de l'investissement d'autoconservation et pour chaque sujet et pour l'ensemble dont il est parti constituante. On voit ici combien le concept de contrat narcissique développe les prémisses inaugurées par Freud dans son étude de 1914. Dans son contenu et dans sa forme, le contrat est ce qui rend possible que le sujet soit « à lui-même sa propre fin » et maillon, serviteur, héritier et bénéficiaire de l'ensemble dont il est membre. Plus loin, il est possible ainsi de penser que l'investissement narcissique qui, chez chaque individu, rend possible l'accomplissement de sa propre fin, ne peut être vraiment soutenu que pour autant que la chaîne (l'ensemble) investit narcissiquement ce sujet comme porteur de sa continuité. Nous verrons ainsi que P. Castoriadis-Aulagnier a donné une large portée à ces propositions : le contrat narcissique désigne ce qui est au fondement de tout possible rapport sujet-société, individu-ensemble, discours singulier-référent culturel. En d'autres termes, ce contrat précède le sujet, n'attribue pas seulement à chacun une place déterminée, offerte par le groupe et signifiée par l'ensemble des voix qui, avant l'apparition du nouveau venu, ont tenu un certain discours conforme au mythe fondateur du groupe. Mais aussi, il nécessite le fait que ce discours, qui inclut les idéaux et les valeurs, qui transmet la culture et les paroles de certitude de l'ensemble social, soit repris à son compte par chaque sujet. C'est en effet par cet investissement narcissique et par ce discours que chaque sujet est relié à l'Ancêtre fondateur. La raison de ce contrat étant fondamentalement l'interdit de l'inceste qui permet à l'enfant de se constituer comme sujet de la filiation. Néanmoins, il ne peut advenir comme sujet que pour avoir d'abord été rêvé par ses parents (ou par ses grands-parents) comme leur prolongement narcissique. C'est dans ce contexte qu'il énonçait ce double statut de l'individu, « à lui-même sa propre fin, et maillon d'une chaîne » intersubjective et intergénérationnelle. Ces propositions qualifient les aspects structurants du contrat narcissique.

• TROIS TYPES DE CONTRAT NARCISSIQUE : ORIGINAIRE, PRIMAIRE ET SECONDAIRE

Les enjeux basiques, structurants et aliénants du contrat narcissique peuvent s'éclairer si l'on distingue entre trois types du contrat.

Le contrat narcissique originaire, au sens où Freud avance en 1914 l'idée d'un narcissisme originaire, fondateur. Ce contrat est fondé sur une identification de base, que Racamier a désignée comme identification du moi à l'espèce humaine. Ce contrat d'affiliation

narcissique à l'espèce humaine reçoit et exige des investissements au service de l'autoconservation de l'espèce et de l'individu, élémentaire mais indispensable maillon de cet ensemble transgénérationnel. Le défaut de ce type de contrat est manifeste dans ses effets dévastateurs chaque fois que, dans la destruction de l'autre, il s'agit essentiellement de détruire son appartenance à l'humanité : c'est le but des génocides (Kaës, 2014).

Le contrat narcissique primaire se conclut dans le groupe primaire au sein de l'ensemble social, à travers les investissements du narcissisme des parents dans des scénarios d'emplacement, des énoncés de parole et de mythe, des repères identificatoires. Tous ces investissements servent conjointement l'ensemble et le sujet : celui-ci peut se constituer non plus seulement comme un maillon, mais comme un serviteur, un bénéficiaire et un héritier de l'ensemble. L'évolution de ce contrat et ses impasses aliénantes, notamment à l'adolescence, ne sont pas prises en compte par P. Aulagnier.

Le contrat narcissique secondaire basé sur le **narcissisme secondaire**. Ce contrat se conclut dans les groupes secondaires, hors famille (comme par exemple le couple), dans des rapports de continuité, de complémentarité et d'opposition avec les contrats narcissiques originaire et primaire. Non seulement il en redistribue les investissements, mais il est l'occasion d'une remise en cause et d'une reprise plus ou moins conflictuelle de l'assujettissement narcissique aux exigences de l'ensemble, telles que les deux premiers contrats les ont définies. Tout changement dans le rapport du sujet à l'ensemble, toute appartenance ultérieure, toute nouvelle adhésion à un groupe remet en cause, et dans certains cas en travail, les enjeux de ces contrats.

En outre, nous pouvons dire que le contrat narcissique est une formation majeure des alliances structurantes. Il se décline en plusieurs types de contrats, mais aussi dans ses formes pathogènes. Il est mis en travail, et se transforme lors des crises fondamentales de la vie, dans ses passages critiques : adolescence, crise du milieu de la vie, entrée dans la vieillesse, dans les deuils et les séparations et même lorsque le VIH/SIDA survient chez un des partenaires dans le couple. La théorie du contrat narcissique rend ainsi plus compréhensibles certains comportements des couples sérodiscordants car ce contrat rend compte des relations inconscientes entre une personne et une autre, une personne et un groupe et une personne et une institution. En d'autres termes le contrat narcissique est le lien qui permet à un individu de s'inscrire dans la société humaine en tant que Sujet désirant. Il est selon P. Aulagnier (1975) : « *Celui qui contractualise les conditions d'un espace où le "Je" peut advenir* » c'est-à-dire qui

permet au désir de s'exprimer dans la relation à l'autre et plus généralement au monde environnant, en trouvant des « objets » à investir.

Et comme nous l'avons soulevé plus haut, le contrat narcissique et précisément celui primaire est assurément le premier lien inconscient qui unit l'enfant à sa mère. Ainsi le contrat narcissique contribue à construire le sentiment d'appartenance à un groupe. Il permet que l'individu se sente reconnu par sa famille, son partenaire, ses proches, ses pairs. Dans le cadre qui nous intéresse nous pouvons faire l'hypothèse que dans les situations de sérodiscordance, les couples peuvent connaître des difficultés, les liens peuvent se dénouer, les rôles, positions et postures des uns et des autres se redistribuent, voire disparaissent, ce qui renvoie à une déstabilisation du contrat narcissique secondaire.

En effet, Freud (1914) et Aulagnier (1975) en abordant le contrat narcissique nous renseigne à suffisance sur le fait que chaque nouveau-né vient au monde dans un groupe, où il est appelé à en devenir sujet en étant porteur d'une mission : celle d'assurer la continuité du groupe et des générations successives, selon un mode particulier qui lui est assigné au terme d'un contrat relevant de l'économie narcissique. Par ailleurs Kaës (2014), souligne que dans le contrat narcissique secondaire qui va au-delà de l'identification à l'espèce humaine et des investissements au narcissisme parental, il s'effectuera en plus d'une redistribution investissements, une remise en cause et une reprise plus ou moins conflictuelle de l'assujettissement narcissique aux exigences de l'ensemble.

Ainsi, dans le cadre de cette étude, le couple sérodiscordant illustre bien l'espace hors famille, dans lequel le contrat narcissique secondaire exige des deux partenaires que chacun soit considéré comme le dépositaire du narcissisme de l'autre, de ses « rêves de désirs irréalisés ». Cependant, lorsque la maladie s'installe, elle vient mettre en mal la réalisation de ces rêves, ce qui porte au couple une blessure narcissique qui, lorsqu'elle est grave, pourra rendre difficile le maintien de la continuité de l'investissement d'autoconservation et pour chaque sujet et pour l'ensemble dont il est parti constituante. Ceci s'illustre par le fait que dans le contrat narcissique secondaire, on observe une redistribution de l'investissement libidinal car l'objet d'amour ici n'est plus le « Moi » comme dans le narcissisme primaire, mais c'est plutôt le partenaire. Alors, on observera une rupture brusque dans l'idéal du moi commun au couple car le partenaire tant aimé et sur lequel on avait tout investi sera dorénavant perçu s'il faut reprendre André (1986) comme « insuffisamment bon », ce partenaire deviendra ainsi le dépositaire des parties non élaborées, négatives, du couple car il déçoit l'attente de l'autre conjoint d'un support de son narcissisme. Par ailleurs, si on s'en tient à Kaës (2014), ce n'est

pas l'être investit (le conjoint) qui est en soi « insuffisamment bon » mais il l'est dans la conjonction des narcissismes blessés car dans ces conditions, il ne donne pas les signes attendus qui constituent le conjoint sain.

Toutefois, comment est assurée la structuration narcissique de chacun des conjoints et du couple alors que le contrat fait défaut car la survenue de la maladie à VIH vient mettre en mal les alliances.

➤ **LE PACTE DENEGATIF**

Lorsque survient le VIH/SIDA chez un des partenaires, le couple peut se sentir menacé dans son identité et son existence, au niveau du contrat secondaire, ce qui a pour conséquence que leur équilibre psychique est menacé. Le risque est alors qu'ils connaissent la dépression, de graves angoisses, des doutes existentiels profonds, voire un véritable effondrement psychique. Ne plus se sentir reconnu par son partenaire peut engendrer des souffrances difficilement supportables. Dans la mesure où les contrats narcissiques sont indispensables à leur survie psychique, le couple va mettre en place des mécanismes de défense pour les protéger lorsque ceux-ci sont menacés. Il s'agira alors de sauver le lien à l'autre, car il en va de la préservation narcissique chacun des partenaires dans la mesure où l'autre est indispensable à sa survie psychique. D'après Kaës (2014), la formation et le maintien d'un lien exigent un traitement conjoint des mécanismes de défenses individuels et des mécanismes de défenses propres au lien en tant qu'ensemble spécifique, ainsi dans tout le lien conjugal les méta défenses sont mises en œuvre pour le bénéfice des deux partenaires et pour le lien en lui-même. Et pour illustrer ces méta défenses propres à tout lien, il a introduit en 1985 le concept de « Pacte dénégatif » pour désigner plusieurs types de mécanismes de défense et diverses modalités de l'émergence du négatif dans les liens de groupe. De manière spécifique, il a recours à la notion de « négativité » pour évoquer ces processus de défense qui passent par la négation des éléments déstabilisants afin de former et de maintenir le lien du couple. Aussi, avec la catégorie du négatif, le lien et l'alliance pouvaient être pensables dans la dimension de ce qui fait défaut, de ce qui manque ou de ce qui est perdu, de ce qui défie la mort, de ce qui marque le lien du sceau de l'impossible comme c'est le cas lors la survenue du VIH dans le couple.

Pour mieux illustrer cette négativité, Kaës va distinguer trois modalités du négatif : la négativité d'obligation, la négativité relative et la négativité radicale.

3-3-3-3- LES TROIS MODALITES DU NEGATIF

- **La négativité d'obligation**

Elle consiste soit à supprimer, réduire ou moduler des représentations qui menacent l'intégrité de l'appareil psychique, soit à renoncer à la réalisation de buts pulsionnels. Le refoulement, le déni et le rejet sont les modalités de prédilection de la négativité d'obligation. C'est ce qui relève de la nécessité, pour l'appareil psychique : soit d'effectuer des opérations défensives pour supprimer, réduire ou moduler des représentations ou des perceptions qui menaceraient la constance et l'intégrité de l'appareil psychique individuel ou celle des liens dans lesquels deux ou plusieurs sujets sont engagés ; soit d'abandonner ou d'effacer certaines formations psychiques individuelles au profit du lien ; soit de renoncer à la réalisation directe de buts pulsionnels qui le menaceraient.

Les opérations psychiques que suscite la négativité d'obligation ont pour but de préserver un intérêt majeur de l'organisation psychique, celle du sujet lui-même et celle des sujets auxquels il est lié par un intérêt majeur. Elles s'effectuent par les moyens et mécanismes tels que : principalement le refoulement et la (dé)négation d'une part, le déni et le désaveu, le rejet et la forclusion d'autre part. Les opérations psychiques qui spécifient cette forme de négativité portent : soit sur une représentation inadmissible qui doit être refoulée , soit sur une perception inacceptable par une instance de l'appareil psychique (le « ça » qui n'accepte pas le manque de plaisir et le « moi » qui n'accepte pas que les pulsions de vie (autoconservation et sexuelle) ne pourront plus s'assouvir car la libido investit ne sera pas effective et l'autre (le séropositif) ne respectera plus d'abord le contrat narcissique originaire vu qu'il sera vu comme un être humain vivant avec les pulsions de mort or l'investissement de la libido sur les objets externes répondent aux pulsions de vie et non de mort si on s'en tient aux fondements du narcissisme et aux bases du contrat narcissique selon Freud)— elle doit être déniée, désavouée, rejetée ou forclosée. Rappelons que le déni et le rejet sont à l'origine de processus et d'organisations inconscientes extra topiques : exportation, dépôts, cryptes. Les alliances que génère la négativité d'obligation sont essentiellement des alliances « pour » accomplir et maintenir le refoulement ou le déni, et « contre » le retour du refoulé ou des perceptions déniées. Selon le mécanisme de défense prévalent dans leur organisation, les alliances structurantes, défensives ou aliénantes sont fondées sur ce premier type de négativité. Le traitement de la négativité d'obligation par le refoulement et/ou par le déni est nécessaire pour que se forme et se maintienne le lien. Il est constamment exigé de chaque sujet du lien. Dans cette perspective, le traitement psychique par le sujet de sa propre négativité d'obligation par le moyen du refoulement rencontre dès l'origine le traitement de la négativité chez l'autre.

- **La négativité relative**

Cette deuxième forme de négativité consiste à différer la prise en compte des éléments de frustration. Elle correspond à une situation d'attente, dans laquelle les acteurs maintiennent ouvert le champ des possibles dans le lien. La négativité relative devient ainsi source de projets d'action dans lesquels l'individu imagine qu'il va pouvoir transformer la réalité. Mais elle peut être aussi à l'origine des utopies et des illusions. Il définit un autre espace et une autre expérience psychique. Le négatif concerne ici ce qui ne s'est pas réalisé dans la réalité psychique, ce qui est resté en souffrance dans la formation des contenants et des contenus psychiques, ce qui n'a pas eu lieu ou n'a pas trouvé de lieu ou de moyens. Cette négativité est relative dans la mesure où elle reste ouverte sur la possibilité d'une réalisation, que cette potentialité s'effectue ou qu'elle demeure un projet. Dans tous les cas, la potentialité se manifeste comme perspective organisatrice d'un projet ou d'une origine. On pourrait dire : quelque chose n'a pas été qui pourrait être ; ou encore quelque chose qui, ayant été, ne l'a pas été suffisamment, par excès ou par défaut, et pourrait être autrement. L'objet et l'expérience de l'objet ont été constitués, mais leur disparition, leur insuffisance, leur défaut laisse ouverts une attente, un désir. La négativité relative définit ainsi un champ du possible. Elle soutient l'espace potentiel de la réalité psychique.

C'est ce type de négativité qui soutient l'investissement narcissique et objectal des amoureux dans leur accordage. Lorsque nous pensons que la négativité relative est l'espace du possible dans le lien, nous prenons en considération ce qui dans notre espace psychique est tributaire de la psyché de l'autre : plus précisément de sa capacité de traiter le négatif et de constituer un contenant et une activité temporaires de pensée sur lesquels viendra s'étayer le processus psychique défaillant, pour qu'il redevienne possible. Les alliances que génère la négativité relative sont plutôt des alliances « pour », bien qu'elles se construisent aussi « contre ». Dans le domaine des systèmes de pensée, l'utopie dont le nom consigne la marque du négatif : Utopia, c'est-à-dire sans lieu est un effet de la négativité relative. La négativité relative est source de pensées et de projets d'action : elle suscite l'espérance d'une transformation de la réalité, d'un retour possible ou d'un avènement d'un autre ordre de la réalité. De ce point de vue, elle entretient des rapports avec la capacité de s'illusionner, au sens où Winnicott parle de la fonction de l'illusion. La formation décrite par D. Anzieu comme l'illusion groupale est à réinterpréter, pour une part, sous cet angle : comme une alliance fondée sur la négativité relative.

- **La négativité radicale**

C'est la plus destructrice. Elle s'actualise dans l'expérience du manque, l'épreuve de l'absence, par la rencontre avec l'inconnu dans ce qu'elles peuvent avoir d'insoutenable. Elle est du côté du vide, du trou noir, des angoisses extrêmes. Elle n'est pas accessible à la pensée et peut même conduire à la destruction de la pensée. La négativité radicale est la relation de contact paradoxal de la pensée avec ce qui n'est pas, avec ce qu'elle n'est pas et avec ce qu'elle ne peut penser : elle est ce qui demeure réfractaire à toute liaison. C'est en ce que la négativité radicale est et demeure un non-lié irréductible qu'elle se distingue du dé-lié qui affecte les autres modalités du négatif. La négativité radicale est à l'origine de l'angoisse que suscite dans la psyché la relation de contact avec ce qui n'est pas elle. Cette angoisse peut trouver son issue, faute de contenants de pensée, dans la destruction du penser pour en supprimer l'intolérable. Elle peut aussi être traitée selon les autres modalités de la négativité d'obligation ou de la négativité relative, celle-ci devenant alors un consentement à la négativité radicale. Les questions qu'elle suscite interrogent l'origine, l'inconnu, l'inconcevable, l'autre, l'impossible. La négation de la négativité radicale produit des effets destructeurs de la pensée. La négativité radicale peut soutenir une alliance pour faire face à la douleur et à l'inconsolable. Sans doute le sentiment et le lien religieux ont-ils une de leurs sources dans cette forme de la négativité. Nous ne pouvons pas dire que la négativité radicale est intransformable. En relisant Totem et tabou selon cette perspective, nous relevons une transformation de la négativité radicale en négativité d'obligation. Les angoisses et la violence meurtrière issues de la négativité radicale destructrices ont d'abord conduit les Fils jusqu'au risque de leur anéantissement réciproque. La nécessité de survivre et de coexister a imposé à chacun et à tous de faire alliance avec leurs semblables au prix d'un renoncement à la violence pulsionnelle qui jusqu'alors régissait leurs échanges. Ils ont dû alors traiter la négativité d'obligation par l'union des Frères autour d'un idéal totémique commun : cette alliance symbolique structurante exigeait que soit refoulée et rendue inconsciente à toute la destructivité contre laquelle ils avaient à se défendre et à laquelle la loi commune les conduisait à renoncer.

3-3-3-4- LE TRAVAIL DU NEGATIF DANS LE REAMENAGEMENT PSYCHIQUE DU COUPLE CONFRONTE A LA SERODISCORDANCE : ROLES DES MECANISMES DE DEFENSE

Selon Kaës (2014), la formation et le maintien d'un lien exigent un traitement conjoint des mécanismes de défenses individuels et des mécanismes de défenses propres au lien en tant qu'ensemble spécifique, ainsi dans tout lien et plus spécifiquement celui qui nous intéresse « le

lien conjugal », les métras défenses sont mises en œuvre pour le bénéfice des deux partenaires et pour le lien en lui-même. Nous pouvons ainsi dire avec Kaës que face à la survenue du VIH/SIDA le couple une fois formé à comme exigence de sauver le lien à l'autre, car il en va de la préservation narcissique de chacun des partenaires dans la mesure où l'autre est indispensable à sa survie psychique.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la survenue du VIH dans le couple pourrait constituer cette crise qui viendra bouleverser l'harmonie du couple. Par ailleurs, selon Kaës (2013) c'est par cette crise que vient la nécessité de chercher appui, de trouver un renfort et un réconfort car par le dérèglement vient aussi celle dynamique de créer de nouvelles régulations et d'y trouver plaisir. De même la crise révèle par la perturbation, le socle, la régulation et les ressources de l'être c'est-à-dire les étayages du psychisme ; En d'autres termes c'est une menace qui est génératrice d'angoisse et qui fonctionne comme un signal d'alarme activateur de mécanismes d'extinction de la crise, et ces mécanismes d'extinction implique le recours à une action régulatrice efficace génératrice de nouveaux équilibres structureaux et ces solutions sont destinées à éliminer les aspects psychologiques de la crise. C'est dans le même sens que Jung ajoute : « *Les crises, les bouleversements et la maladie ne surgissent pas par hasard. Ils nous servent d'indicateurs pour rectifier une trajectoire, explorer de nouvelles orientations, expérimenter un autre chemin de vie* »

Kaës (2014) dans ses travaux nous montre que le lien étant aussi le moyen et le lieu de l'expérience de la haine, de la destruction, de la mort, ce dernier sera pensé par le négatif dans la dimension de ce qui fait défaut et par conséquent nécessite un travail du négatif dans une alliance avec l'autre et avec plus d'un autre.

Le travail du négatif est ici selon Hegel (1946) « le moteur de la pensée et se développe dialectiquement selon un rythme ternaire : affirmation, négation, négation de la négation. Frick (1987) l'envisage pour sa part comme un déchirement du sujet, ce 'moment dialectique', celui de la négation de la thèse, laquelle ne la détruit pas mais transforme par la négation ». Quant à Green (2006), il serait l'ensemble des opérations psychiques dont le refoulement est le prototype et qui a ultérieurement donné naissance à des variantes distinctes telles que la négation, le désaveu et la forclusion ». En effet, s'intéressé au travail du négatif permet de mettre en évidence les mécanismes de défenses qui opèrent chez les couples sérodiscordants lorsque survient le diagnostic du VIH/SIDA positif chez un des partenaires.

Les principaux mécanismes de défense qui opèrent dans ce travail du négatif sont si on veut reprendre André Green (1993/2011) les défenses primaires telles que : le refoulement, la forclusion, le désaveu, le rejet, le déni, la négation, l'identification et la sublimation.

✓ **Le refoulement**

C'est une opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à la pulsion. Le refoulement se produit dans les cas où la satisfaction d'une pulsion-susceptible de procurer par elle-même du plaisir-risquerait de provoquer du déplaisir à l'égard d'autres exigences.

En un sens plus vague, le terme de refoulement est parfois pris par Freud dans une acception qui le rapproche de celui de « défense », d'une part en tant que l'opération du refoulement prise au sens A se retrouve au moins comme un temps dans de nombreux processus défensifs complexes (la partie est alors prise pour le tout), d'autre part en tant que le modèle théorique du refoulement est utilisé par Freud comme prototype d'autres opérations défensives (Laplanche & Pontalis, 1981).

Selon le DSM-IV, il renvoie à un mécanisme essentiel du développement normal chez l'enfant et l'adolescent et de la santé mentale de l'adulte. Le refoulement n'est pas pathologique en lui-même, c'est son caractère excessif et massif qui est pathologique de même que l'insuffisance de la capacité à refouler. Le refoulement expulse ainsi « *de la conscience des désirs, des pensées ou des expériences perturbantes. La composante affective peut rester consciente mais détachée des représentations qui lui sont associées* »

✓ **Le déni**

Terme employé par Freud à partir de 1924 dans un sens spécifique : modèle de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme. Ce mécanisme est particulièrement invoqué par Freud pour rendre compte du fétichisme et des psychoses (Laplanche & Pontalis, 1981). D'après le DSM-IV, le déni est une réponse aux conflits et aux stress « en refusant de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité externe ou de l'expérience subjective qui seraient évidents pour les autres ».

✓ **Le désaveu**

Le niveau du désaveu regroupe le déni, la projection et la rationalisation : ces défenses empêchent la prise de conscience de facteurs de stress, d'impulsions, d'idées, d'affects

désagréables ou inacceptables. Ces défenses font partie des défenses dominantes des personnalités limites mais elles peuvent être utilisées par les sujets « névrotiques » et « non-cliniques ».

✓ **La forclusion**

C'est un mécanisme de défense qui intervient lorsque le sujet se trouve face à une représentation ou un signifiant qui lui cause tant d'anxiété qu'il est incapable de la réprimer, mais pour pouvoir faire cela il a d'abord besoin d'accepter son existence. Autrement dit, la personne a intégré la réalité mais la renie.

✓ **La dénégation**

Elle renvoie à un procédé par lequel le sujet, tout en formulant un de ses désirs, pensée, sentiment jusqu'ici refoulé, continue à s'en défendre en niant qu'il lui appartienne (Laplanche & Pontalis, 1981).

✓ **L'identification**

C'est un processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications (Laplanche et Pontalis, 1981).

✓ **La sublimation**

C'est un processus postulé par Freud pour rendre compte d'activités humaines apparemment sans rapport avec la sexualité, mais qui trouveraient leur ressort dans la force de la pulsion sexuelle. Freud a décrit comme activités de sublimation principalement l'activité artistique et l'investigation intellectuelle. La pulsion est dite sublimée dans la mesure où elle est dérivée vers un nouveau but non sexuel et où elle vise des objets socialement valorisés (Laplanche & Pontalis, 1981).



PARTIE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE

Ce chapitre traite de la méthodologie de l'étude. Cette partie de notre travail sera donc consacrée à la présentation et à la justification du lieu d'étude, des participants, de la méthode de recherche, de la technique de collecte de données, de l'instrument de collecte de données et de la technique d'analyse des résultats. Toutefois, avant de débiter cette présentation justificative de la démarche méthodologique, il nous revient au préalable de rappeler en quelques points la problématique de cette étude.

4.1. BREF RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE

Dans cette section, nous allons juste rappeler les éléments clés de la problématique. Il s'agit du problème de l'étude, de la question de recherche, de l'hypothèse générale et de l'objectif général.

4.1.1. Rappel du problème

La littérature sur le vécu des couples en situation de sérodiscordance met en avant comme facteurs ou moyens pour la mobilisation du couple face à la survenue de la maladie, la qualité des relations antérieure du couple (Bergelt et coll, 2008), la dynamique antérieure du couple, la souplesse antérieure de la fonction d'alliance (Proïa-Lelouey,2017), l'habileté du conjoint à apporter un support positif qui dépend d'une part de sa propre réaction à la maladie et d'autre part de la dynamique du couple (Reynaert et coll,2006), la place du dialogue conjugale lors de l'annonce du statut sérologique à son partenaire (Traoré ,2006). Cette littérature n'a cependant pas mis en évidence les processus psychiques sur lesquels s'appuie le réaménagement psychique permettant au couple de faire face à l'adversité. Aussi, selon les théoriciens du dépassement de la crise conjugale (Dupré la Tour, 2005 ; Benhaim, 2013 ; Robert 2015), le couple sérodiscordant, pour dépasser la crise (induite par la séroposivité d'un des conjoints) en vue du réaménagement du lien conjugal devrait faire un travail psychique de dépassement qui lui permettra de reconstituer l'illusion initiale (idéalisatation de l'objet amoureux). Toujours dans le même sens, le clivage lui permettra de séparer le bon objet fondateur du couple du mauvais objet (tout ce qui peut attaquer le couple) qui sera expulsé. Or suite aux entretiens durant lesquels nous avons observé que malgré les retentissements de la survenue de la maladie

suite aux premiers jours de l'annonce (les ressentis et émotions négatifs perçues, les angoisses de séparation, les sentiments de trahison et de culpabilité, les partenaires qui restent stoïques, n'y croit pas, pense que c'est un rêve, ne s'alimente plus, ne dorment plus etc... les partenaires relativisent la situation et le conçoivent (le VIH/SIDA) comme tout autre maladie qu'il faut gérer ensemble de même par la suite avec le temps, les partenaires se retrouvent, resserrent leurs liens et sont plus attentionnés les uns envers les autres et continuent à se protéger et se projeter ensemble. Nous avons constaté que dans ces couples, le travail du négatif est le socle du réaménagement du lien conjugal.

4.1.2. Rappel de la question de recherche

Une fois le problème posé, nous nous sommes posé la question de recherche suivante :
« *Comment le travail du négatif œuvre-t-il pour le réaménagement psychique du lien conjugal dans le couple sérodiscordant ?* ».

4.1.3. Rappel de l'hypothèse générale

En partant de la théorie du contrat narcissique de Kaës (2014), la survenue du VIH dans le couple bien que constituant une crise qui viendra bouleverser l'harmonie du couple, représente aussi ce par quoi la nécessité de chercher appui, de trouver, un renfort et un réconfort est importante car par le dérèglement ou désorganisation vient aussi celle dynamique de créer de nouvelles régulations et d'y trouver plaisir. De même, la crise révèle par la perturbation, le socle, la régulation et les ressources de l'être c'est-à-dire les étayages du psychisme. En d'autres termes, la survenue de la maladie à VIH/SIDA constitue cette menace génératrice d'angoisse et qui fonctionne comme un signal d'alarme activateur de mécanismes d'extinction de la crise, et ces mécanismes impliquent le recours à une action régulatrice efficace génératrice de nouveaux équilibres structureaux et ces solutions sont destinées à éliminer les aspects psychologiques de la crise.

Ainsi, dans son action régulatrice, la maladie va induire chez le couple la mise en place d'un travail psychique qui viendra réorganiser le psychisme commun et rétablir un nouvel équilibre. Ce travail psychique ici consiste à penser le lien du couple par le négatif dans la dimension de ce qui fait défaut et par conséquent nécessite un travail du négatif dans une alliance avec l'autre et avec plus d'un autre.

Sur la base de ce qui précède, nous formulons l'hypothèse de recherche comme suit :
« *au sein du couple sérodiscordant, le travail du négatif œuvre pour le réaménagement psychique du lien conjugal au travers de la mise en place des mécanismes de défenses associés à des étayages multiples* ».

4.1.4. Rappel de l'objectif général

La question de recherche et l'hypothèse générale laissent voir que l'objectif général de cette étude est donc d'appréhender le réaménagement psychique du lien conjugal au sein du couple sérodiscordant au travers du travail du négatif mis en jeu par le couple face à la crise.

4.2. SITE DE L'ETUDE

Le site de l'étude est le contexte spatial dans lequel se déroule la recherche (Amin, 2005). C'est en d'autres termes, l'espace qui environne la recherche et le lieu précis où se fait la collecte des données. (Cheukam, 2013). La présente étude s'est déroulée à l'**Hôpital Central de Yaoundé** en abrégé **HCY** et la collecte de données s'est faite dans l'**Hôpital de jour**.



4.2.1. Justification du choix de l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY)

L'HCY a été choisi pour cette étude pour les raisons suivantes :

- C'est un établissement public, à caractère hospitalo-universitaire, selon la classification nationale des formations sanitaires.
- Cet hôpital est doté d'un service de sérologie qui s'occupe aussi bien de l'accueil que de la prise en charge des personnes séropositives.

- Les patients qui y sont suivis se sentent plus en confiance dans cette structure.
- Il est doté d'un service de Psychologie.
- Cette structure de par ses aménagements est une structure hospitalière de référence de la ville de Yaoundé.

4.2.2. Présentation de l'HCY

Notre étude se déroule à l'Hôpital Central de Yaoundé. Créé en 1933, initialement comme un hôpital de jour, il a subi plusieurs mutations structurelles et est aujourd'hui un établissement de soins de deuxième catégorie, qui met au service des patients une équipe médicale et paramédicale spécialisée dans le domaine de la médecine générale, et présente en outre de multiples atouts du point de vue de la situation géographique, de la possibilité d'une complémentarité, de l'existence d'un plateau technique acceptable, de la disponibilité du personnel médical 24h/24 et de l'autonomisation des services.

L'HCY est situé dans la région du Centre, dans le département du Mfoundi, dans l'arrondissement de Yaoundé premier. Il est délimité au Nord par la Fondation Chantal Biya ; au Sud par l'école des techniciens médico-sanitaires et génie sanitaire de Yaoundé ; à l'Ouest par le quartier Messa et à l'Est par l'hygiène mobile, le CENAME, le Ministère de l'Energie et de l'Eau, le Ministère des travaux publics.

L'HCY a une organisation bien structurée. Dans cet organigramme nous voyons qu'il y a trois niveaux de prise de décision ; au niveau de La direction, du conseil médical et l'unité administrative et financière. L'hôpital ne dispose pas de service nursing et la surveillante générale n'est pas aussi directement attachée à la direction. Ce qui ne facilite pas la démarche des infirmiers dans la résolution de leur problème. Signalons aussi que l'hôpital ne dispose pas une philosophie de soins infirmiers ; ce qui fait que les soins sont effectués selon le gré et la compétence du personnel.

Le Comité de Gestion est l'instance principale de délibération et de décision de l'Hôpital Central de Yaoundé ; il a pour mission de veiller à l'application de la politique définie par le Ministère de la Santé Publique au sein de l'hôpital. Il adopte le budget équilibré en recettes et en dépenses et approuve son exécution conforme. Le comité de Gestion comprend deux types de membres : les membres délibérants et les membres consultatifs. Il présidé statutairement par le délégué du gouvernement de la ville considérée.

La direction de l'Hôpital Central de Yaoundé est placée sous l'autorité d'un directeur nommé par le président de la république. Sous le contrôle du Comité de Gestion et de la tutelle du Ministère de la Santé Publique à qui il rend compte. Le directeur est chargé de la gestion administrative et financière courante de l'hôpital en conformité avec la réglementation en vigueur et de la mise en œuvre du volet de la stratégie sectorielle de la santé applicable aux formations sanitaires. En vue de l'accomplissement de ses missions, le directeur est assisté par des organes de direction consultative et des unités opérationnelles. Le secrétaire général est nommé par le Ministère de la Santé Publique. Il est assisté d'un surveillant adjoint nommé dans les mêmes conditions. Il est responsable du service de Nursing dont l'administration générale incombe. Le surveillant général adjoint assiste le surveillant général et le remplace en cas d'empêchement par ordre de séance.

Les unités opérationnelles de l'HCY sont réparties de la manière suivante :

- Unités opérationnelles service (unité d'accueil des urgences et de réanimation, soins intensifs, centre de coordination de l'accueil et des urgences, Bloc opératoire René Essomba, Bloc des urgences chirurgicales, Stérilisation Buanderie, Réanimation, soins intensifs, Anesthésiologie) ;
- Unités de médecine (Consultation Externe, cardiologie, gastro-entérologie, neurologie, gériatrie, infectiologie, hôpital de jour, centre national d'obésité, centre national de diabète et d'hypertension, rhumatologie et haut-standing, physio-kinésithérapie) ;
- Unité de gynécologie-obstétrique (maternité bloc A, maternité bloc B, bloc opératoire et stérilisation, consultations externes, salle d'accouchement) ;
- Unité de chirurgie (chirurgie viscérale, chirurgie pédiatrique, ophtalmologie, ORL, stomatologie, traumatologie A, traumatologie B, neurochirurgie, urologie, oncologie, laboratoire d'anatomie pathologique) ;
- Unité médico-technique (laboratoire centrale, laboratoire CCAU chargé uniquement des prélèvements, banque de sang, pharmacie, radiologie et imagerie médicale, maintenance et assainissement).

4.2.3. Présentation de l'Hôpital de jour

L'Hôpital de jour qui a à sa tête le Dr Kouanfack Charles a été créé en 1997 avec l'aide de la coopération française et inauguré le 24 novembre 1998 en présence de son excellence l'ambassadeur de France, Monsieur Jean Paul Veziant et de son excellence le Ministre de la santé publique, Mr Gottlieb LOBE MONEKOSSO.

Depuis sa création, l'hôpital de jour organise des campagnes de dépistage anonymes et gratuits dont la toute première a eu lieu en décembre 1999 et a connu la participation de 16.000 personnes ; Ces campagnes se poursuivent aujourd'hui à travers la semaine camerounaise de lutte contre le SIDA qui s'organise chaque fin d'année.

4.3. PROCEDURE ET CRITERE DE SELECTION DES PARTICIPANTS

Notre étude portant sur le réaménagement psychique du lien conjugal au sein des couples sérodiscordants, le choix de nos participants s'est fait au sein de l'Hôpital Central de Yaoundé et plus précisément à l'hôpital du jour qui est un hôpital de référence dans la prise en charge des patients séropositifs. Toutefois, pour faire partie de notre étude, nos participants devaient remplir certains critères. Il s'agit des critères de sélection.

4.3.1. Critères de sélection

Pour être sélectionné, nos participants doivent être soumis aux critères d'inclusion et aux critères de non inclusion.

4.3.1.1. Critères d'inclusion

Pour participer à cette étude, il faut :

- Être un couple ayant passé tous les deux le test VIH et ayant obtenu des résultats différents (l'un étant séropositif et l'autre séronégatif).
- Avoir pris connaissance du diagnostic du partenaire séropositif après la mise en couple.
- Avoir eu un score supérieur ou égal à 100 suite à la passation de l'échelle d'ajustement dyadique de Spanier (1976), adapté en Français par Baillargeon, Dubois et Marineau (1986). Cette échelle nous permettra d'évaluer le sentiment de bien-être des partenaires et les perceptions du vis-à-vis de leurs capacités de s'ajuster et de s'adapter dans diverses situations de la vie à deux.

- Être légalement marié car d'après Colman (1994) le mariage facilite la possibilité d'un développement personnel grâce à la relation conjugale, à la flexibilité par rapport à l'autre et à ce qui est nouveau. Une autre raison étant tout simple que les couples mariés permettent d'analyser la relation conjugale établie et maintenue entre les partenaires dont l'un des objectifs de l'étude.
- Accepter et se montrer disponible pour les entretiens.

4.3.1.2. Critères d'exclusion

Dans cette étude, nous avons exclu certains couples présentant certaines spécificités :

- Des couples sérodiscordants mais ayant effectué les examens et ayant pris connaissance des statuts sérologiques différents avant la mise en couple.
- Avoir abandonné les entretiens au cours de la recherche.
- Des couples sérodiscordants ayant eu un score inférieur à 100 suite à la passation de l'échelle d'ajustement dyadique de Spanier (1976) adapté en Français par Baillargeon, Dubois et Marineau (1986).
- Des couples sérodiscordants qui se sont séparés pendant la recherche.
- Désir manifeste d'interrompre la recherche.

4.3.2. Echelle de sélection des participants : l'Echelle d'Ajustement Dyadique

L'ajustement dyadique est mesuré à l'aide de l'Echelle d'Ajustement Dyadique (Spanier, 1976), traduit et adapté par Boisvert, 1984 : dans Beaudry et Boisvert, 1988). Ce questionnaire mesure la perception des conjoints de leur entente et de leur degré d'ajustement par rapport à cette entente (Bélanger, Sabourin et Wright, 1993). C'est probablement le questionnaire actuellement le plus utilisé pour l'évaluation des problèmes de couple (Beaudry et Boisvert, 1988). L'analyse factorielle de ce questionnaire rapporte quatre dimensions : *(a) le consensus*, c'est-à-dire le degré d'accord du couple en rapport avec les domaines importants de la relation, *(b) la cohésion*, c'est-à-dire le degré d'engagement du couple dans les activités communes, *(c) la satisfaction*, c'est-à-dire le degré de satisfaction du couple dans la situation actuelle de la relation et le degré d'engagement à poursuivre la relation, et *(d) l'expression affective*, c'est-à-dire le degré de satisfaction du couple en rapport avec l'expression de l'affection et de la sexualité dans la relation. Toutefois, avant d'en dire plus sur cette échelle, précisons tout d'abord les raisons de son utilisation dans cette étude.

En effet, vu que nous nous intéressons aux couples sérodiscordants qui malgré la crise ou le bouleversement qu'entraîne la survenue du VIH/SIDA chez l'un des partenaires arrivent à maintenir le lien voire à le resserrer encore plus, au lieu qu'on assiste à son émoussement, à sa désagrégation comme le prévoyait les écrits scientifiques ; il était donc important pour nous d'avoir une certaine mesure de cette stabilité ou du maintien du lien chez les couples de notre échantillon avec lesquels nous devrions avoir un entretien par la suite. L'échelle d'ajustement dyadique nous permet donc d'évaluer au travers de ses quatre échelles, le sentiment de bien-être des partenaires (échelle de satisfaction) et les perceptions du vis-à-vis de leurs capacités de s'ajuster et de s'adapter dans diverses situations de la vie à deux (échelles de consensus, de cohésion et expression affective).

C'est dans ce sens qu'Antoine, Christophe et Nandrino (s.d) pensent que, cet outil peut également être utilisé comme un bon prédicteur de la stabilité ou de la dissolution du couple et est sensible aux changements en cours de la thérapie de couple. Aussi, ces données viennent corroborer celles de l'étude de Jones et Cunningham, (1999) qui établissaient déjà une forte corrélation positive entre liens d'attachement et satisfaction conjugale des conjoints. Par conséquent, en mesurant la satisfaction conjugale des conjoints, nous obtenons également des données sur leur lien conjugal ; plus ils seraient attachés l'un à l'autre, plus leur score à l'ajustement dyadique pourra être élevé.

Ce questionnaire auto-administré comporte 32 items quantifiés sur des échelles de type Likert dont l'étendue varie de 0 à 6. La somme de ces items permet d'obtenir un score global d'ajustement dyadique pouvant varier entre 0 et 151 ; plus le score est élevé, plus l'individu est satisfait de sa relation.

La passation de l'échelle d'ajustement dyadique se fait pendant 10 min environ et l'analyse quantitative de ses résultats permet d'évaluer chez chaque partenaire son ajustement dyadique. De même, les données quantitatives fournies par les résultats de l'Echelle d'ajustement dyadique viennent compléter les données qualitatives relevées à travers les entretiens.

A la suite de la prise en compte en ordre, de chacun des critères sus-évoqués, nous avons donc pu retenir sur l'ensemble des couples sérodiscordants recrutés à l'hôpital du jour de l'HCY, 2 couples soit 4 sujets dont les caractéristiques sont regroupées et présentées dans le tableau récapitulatif suivant.

4.4. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

Dans cette section, il s'agit de présenter les caractéristiques des participants de cette étude. Dans cette recherche, nous avons travaillé avec deux couples à qui nous avons attribué des pseudonymes pour des raisons de confidentialités : le couple Simo âgé respectivement de 39 ans pour l'homme et de 35 ans pour la femme et le couple Takam quant'à lui âgé de 45 ans pour l'homme et de 42 ans pour la femme.

Tableau 1 : caractéristiques des participants

CARACTERISTIQUES	COUPLE SIMO		COUPLE TAKAM	
	Mr Simo	Mme Simo	Mr Takam	Mme Takam
Participants	Mr Simo	Mme Simo	Mr Takam	Mme Takam
Age	39ans	35ans	45ans	43ans
Genre	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
Rang dans la fratrie	2 ^{ème} /4	3 ^{ème} /-	5 ^{ème} /6	4 ^{ème} /7
Niveau de scolarité	LICENCE	BAC	BEPC	CP
Région d'origine	Ouest	Ouest	Ouest	Ouest
Ethnie	Bamiléké (Bamboutos)	Bamiléké (Nde)	Bamiléké (Haut-Nkam))	Bamiléké (Nde)
Religion	Catholique	Catholique	Catholique	Eglise de réveil
Catégorie socioprofessionnelle (CSP)	Photographe	Couturière	Menuisier	Femme au foyer
Situation matrimoniale	Mariés		Mariés	
Nombres d'enfants	1 enfant		3 enfants	
Score obtenu à l'EAD	109		115	
Durée de la relation de couple	14 ans de relation		20 ans de relation	

4.5. TYPE DE RECHERCHE : recherche clinique

Dans la recherche en sciences humaines et sociales, la méthodologie constitue une étape importante. Par définition, la méthode désigne la manière d'organiser une réponse autour d'une question donnée. Notre démarche repose sur l'approche « qualitative ». Les méthodes qualitatives se caractérisent donc par une procédure ouverte, visant à déterminer « qu'est-ce qui existe » et « pourquoi il en est ainsi » plutôt que « combien en existe-t-il ».

En permettant aux participants d'exprimer librement leurs opinions, points de vue et expériences, les méthodes qualitatives visent à cerner la réalité telle que la définit le groupe à étudier, sans imposer à la population un questionnaire ou un cadre préstructuré (toujours élaboré par les chercheurs) (Gokaba). Étant moins structurées, les méthodes qualitatives offrent plus de possibilités à répondre aux besoins des informateurs, et ce, en fonction de la nature du sujet à traiter. Les méthodes qualitatives sont certes les mieux adaptées dans les recherches en sciences humaines et sociales du fait de la richesse des données collectées et de la compréhension en profondeur du sujet, mais comportent quelques limites entre autres, la non-généralisation des résultats à l'ensemble de la population. Également, il se pose un problème de la comparaison internationale.

Ce type de recherche s'intéresse au sens d'un phénomène en milieu naturel et se caractérise davantage par sa procédure que par la quantification des données (Deslauriers, 1991). C'est la recherche qui produit et analyse les données descriptives telles que les paroles dites ou écrites et comportements observatoires des personnes. Elle traite des données difficilement quantifiables, ne rejette pas les chiffres ni les statistiques mais ne les accorde pas simplement la première place.

L'objectif d'une recherche qualitative est de fournir une description complète et détaillée du sujet de recherche. Elle est généralement de nature exploratoire. Nous avons opté pour la méthode clinique car selon Jodelet (2008), la méthode qualitative s'intègre dans une démarche holistique et globale, permettant au chercheur de prendre en compte l'être humain en tant qu'un être pensant, agissant, exigeant, désirant mais aussi son contexte de vie et son histoire.

La recherche qualitative a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication. Elle est intensive à ce qu'elle s'intéresse surtout à des cas et à des échantillons plus restreints qui sont étudiés en profondeur. Elle permet de rechercher le sens et les finalités de l'action humaine et des phénomènes sociaux. Elle est pertinente dans le cas de notre étude, car elle accorde une place prépondérante au point de vue des acteurs ; il s'agit pour nous de rendre compte du réaménagement psychique qui va s'effectuer au niveau du

lien des couples sérodiscordants. Dans cette perspective, la démarche qualitative fait une large place aux notions de quotidien et de vécu sans lesquelles plusieurs facettes de la réalité psychique peuvent échapper à la connaissance.

4.6. METHODE DE RECHERCHE : étude de cas

D'après Campenhoudt, Marquel & Quivy (2017, p27) « *dès lors que l'on prétend s'engager dans une recherche en sciences sociales, il faut « de la méthode »*. Ainsi, cette méthode dite de recherche apparait comme une mise en forme particulière d'une démarche. Elle est donc liée à une démarche particulière (Nguimfack, 2008). Dans le cadre de notre étude, nous avons utilisé la méthode clinique. Le choix de la méthode clinique se justifie par la nature des données qualitatives et le but visé qui est celui d'appréhender comment s'effectue le réaménagement psychique au sein d'un couple sérodiscordant. Notre choix s'est porté ainsi spécifiquement sur la méthode de l'étude de cas.

4.6.1. Etude de cas

L'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, individuels ou collectifs (Gagnon, 2012). La combinaison de ces quatre finalités est aussi possible. La description répond aux questions qui, quoi, quand et comment (Eisenhardt, 1989 ; Kidder, 1982) ; l'explication vise à éclairer le pourquoi des choses ; la prédiction cherche à établir, à court et à long terme, quels seront les états psychologiques, les comportements ou les événements ; enfin, le contrôle comprend les tentatives pour influencer les cognitions, les attitudes et les comportements qui apparaissent dans un cas individuel (Hersen & Barlow, 1976 ; Woodside & Wilson, 2003).

En d'autres termes, la méthode d'étude de cas est une méthode de recherche scientifique qui consiste à singulariser à l'extrême un cas, afin d'étudier sa problématique. En d'autres termes, l'étude de cas est une observation approfondie et prolongée d'un sujet dans le seul but d'une étude aussi exhaustive que possible des caractéristiques associées à sa condition et de leurs relations. (Nguemo, 2017).

L'objectif de l'étude de cas est de décrire aussi fidèlement que possible, des phénomènes normaux, anormaux, typiques, fréquents, rares, de faire des hypothèses sur la personnalité du sujet et de chercher à infirmer ces hypothèses ; elle est un document synthétisé des données collectées par les entretiens, les observations et les tests. Aussi, ses objectifs cadrent adéquatement bien avec ceux de notre étude et nous permettra d'approfondir nos connaissances sur l'expérience subjective des couples sérodiscordants face à la maladie à VIH d'un des partenaires.

Se basant sur l'ensemble de ces raisons avancées, Fernandez et Catteuw (2001 : 46) affirme que « *l'étude de cas est une méthode d'analyse qui est cohérente au projet de la psychologie clinique, tant dans la pratique que dans la recherche* ». Dans le même sens, Pedinielli (1999 : 13) nous renseigne que l'étude de cas peut « informer, illustrer, problématiser c'est-à-dire dégager et étayer des hypothèses en rapport avec une problématique et des référents explicites et implicites, étayer des résultats ou des conceptions théoriques ». Si l'intérêt de l'étude de cas est donc certain, des limites toutefois restent présentes (Nguemo, 2017).

L'étude de cas, possède plusieurs forces comme entre autres : fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte, offrir la possibilité de développer des paramètres historiques, assurer une forte validité interne, c'est-à-dire que les phénomènes relevés sont des représentations authentiques de la réalité étudiée. Bref, c'est une méthode adaptable tant au contexte qu'aux caractéristiques du chercheur (Ovambe, 2016).

Par ailleurs, l'étude de cas comme méthode de recherche comporte aussi des faiblesses dont il faut toujours être conscient quand on l'utilise. D'abord, elle est onéreuse en temps et pour le chercheur et pour les sujets. Ensuite, la validité externe de ses résultats pose problème car une étude de cas pouvant difficilement être reproduite par un autre chercheur. Finalement, elle présente des lacunes importantes quant à la généralisation des résultats qu'elle permet d'obtenir.

Cependant, notons que toutes ses limites de l'étude de cas n'enlèvent rien de son potentiel extrêmement riche comme outil pour la recherche clinique ; et pour terminer cette section, soulignons avec Yelnik (2005) cité par Nguemo (2017) que :

Si on admet que le langage et la parole sont les moyens les plus adéquats pour un sujet de représenter son expérience, il est logique, que tous ceux qui se préoccupent du fonctionnement psychique, social et collectif des sujets soient avides de leurs discours » : l'entretien permet d'y accéder. (Yelnik, 2005)

4.7. TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES : Entretien semi-directif de couple

Dans notre étude, nous avons fait recours à l'entretien clinique à visée de recherche, dans sa variante semi-structuré en qualité de technique central de collecte des données. Ce type d'entretien se caractérise par le fait que c'est le chercheur qui est demandeur, la structuration de l'entretien est réduite au minimum et le chercheur est le plus possible à l'écoute du sujet. Ce type d'entretien est applicable et faisable au moyen d'un guide d'entretien qui lui sert d'outil de collecte de données.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons menés des entretiens conjugaux visant à saisir toute la dynamique intersubjective à l'œuvre et ceci au travers d'une double écoute du clinicien / chercheur à la fois de la dimension individuelle et la dimension groupale de l'entité couple. L'enjeu de ce type d'entretien serait ainsi de maintenir une dynamique dans l'échange du couple pendant l'entretien, et non pas deux entretiens individuels « côte à côte » (Guéguen, 2017).

4.8. INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNEES : Le guide d'entretien

Le caractère dense des informations produites par l'étude de cas peut rendre parfois difficile leur analyse. C'est pourquoi la construction d'un guide d'entretien permet de recueillir des informations utiles et ce en relation avec notre objectif d'étude pour autant qu'il permet d'obtenir des informations moyennant un degré de liberté contrôlée du participant par le chercheur.

Selon Blanchet & Gotmant (1992) repris par Fernandez & Catteeuw (2001), le guide d'entretien est un ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. Il s'agit en fait d'un ensemble de thèmes et sous-thèmes que le chercheur doit aborder avec le participant au cours d'un entretien qui plus est de recherche. Ainsi, le processus lié à la collecte de nos données a débuté par l'élaboration d'un guide d'entretien.

L'entretien semi-directif permet l'élaboration d'un guide d'entretien recensant les thèmes à aborder lors de cet échange clinique particulier où c'est l'enquêteur ou le chercheur qui est demandeur. Le thème à traiter est introduit par une consigne. Celle-ci n'est pas apprise par cœur mais exprimée naturellement avec spontanéité par le chercheur en début d'entretien. Elle est formulée dans l'intérêt d'informer le participant sur l'objet de la recherche et permet ainsi de circonscrire son discours, de le délimiter aux thèmes recherchés par l'étude en bref de structurer l'interview. La consigne revêt par conséquent une importance capitale, d'où la nécessité de l'élaborer avec des mots simples, qui ont un sens clair et univoque pour chacun des participants ou sujets ; elle doit contenir les mots-clefs du sujet, choisis en fonction de leur pouvoir d'évocation et cadrer le récit tout en ouvrant à la réflexion (Nguemo, 2017).

Le guide d'entretien est une liste récapitulative des thèmes et des sous thèmes à aborder dans le cadre d'une enquête qualitative. Il propose relativement le moment et la manière de les introduire dans la conversation. Ce guide est à la disposition de l'enquêteur pour lui permettre de suivre la méthodologie définie, tout en observant un comportement adéquat lors de l'entretien. Toutefois, il convient de noter que l'ordre d'évocation des thèmes, de même que la formulation des questions peuvent varier au cours de l'entretien (Ovambe, 2016).

Pour mener nos entretiens, nous ferons usage d'un guide d'entretien. Ledit guide d'entretien est construit autour de quatre (04) thèmes principaux. Ces axes permettent de faire une exploration de la dynamique psychique des participants. Il se présente de la manière suivante :

- **Préambule**
- **L'identification des participants**
- **Thème 1 : Les alliances inconscientes du couple avant la survenue de la sérodiscordance**
- **Thème 2 : Vécu de l'annonce du statut au conjoint**
- **Thème 3 : Retentissement sur le narcissisme conjugal après la survenue de la sérodiscordance**
- **Thème 4 : Réaménagement psychique du lien conjugal**

C'est suivant ce guide que nos entretiens se sont déroulés.

4.8.1. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Tous volontaires à participer à notre étude, les participants qui respectaient nos critères de sélection ont été bel et bien retenus. Les participants ont toujours eu la possibilité de refuser

un entretien et ils étaient libres d'y livrer ce qui leur était possible de dire (Giordano, 2003 ; Mayer & Ouellet, 1991). Et dans le strict respect des recommandations de Gighlione et Blanchet (1991), nos entretiens ont débutés par des consignes qui nous ont servi d'actes directeurs qui initient le discours sur un thème donné. La prise de contact avec les participants, s'est faite au siège de l'HCY plus spécifiquement l'Hôpital du jour.

Les entretiens furent d'une durée moyenne de quarante-cinq minutes à 1h. Nous avons rencontré nos couples deux fois. La première rencontre fut consacrée à la clarification sur l'objectif de l'étude et la réassurance en ce qui concerne la confidentialité et l'anonymat de cette étude permettant de créer un climat de confiance avec nos participants ; aussi il a été question pour nos participants lors de ce premier entretien de lire et signé le formulaire de consentement éclairé leur expliquant le but et les objectifs de notre étude.

La deuxième rencontre qui fut l'entretien proprement dit, a débuté par l'identification sociodémographique de nos participants. Grâce au consentement des participants, nous avons pu enregistrés nos entretiens à l'aide du magnétophone de notre téléphone afin de pouvoir effectuer une analyse de contenu et une analyse la plus développée et singulière possible. Tout au long de notre entretien, il a été question d'aborder autant que possible tous les axes relatifs aux thèmes de notre guide d'entretien, allant du contexte de découverte du statut sérologique positif aux mécanismes mis en jeu par le couple pour surmonter la situation de sérodiscordance. Pour clôturer nos entretiens, nous demandions à nos participants s'il y'avait des ajouts, des remarques, des éclaircissements sur tout ce qui avait été dit durant nos entretiens. Suite à cela nous remercions nos couples pour avoir accepté de participer à notre étude et pour avoir mis à notre disposition leur temps et leur intimité.

Bien évidemment, l'ensemble des données tant verbales que factuelles, a été transcrit sous forme de verbatim à la fin de chaque rencontre avant de passer à leur analyse qualitative au moyen d'une grille d'analyse de contenu répertorient des catégories définies. Ces catégories correspondant aux thématiques évoquées, aux mécanismes de défenses, aux procédés du discours, aux conflits, aux représentations et aux affects exprimés.

4-9-TECHNIQUE D'ANALYSE DE DONNEES : ANALYSE DE CONTENU

D'après Gighlione et Blanchet (1991 : 57) « le discours produit par un entretien de recherche est un ensemble complexe d'énoncés ». Il peut se prêter à plusieurs types d'analyses. Nous avons choisi de procéder à l'analyse qualitative, plus précisément l'analyse de contenu.

4-9-1- L'analyse de contenu

En prenant en compte le caractère qualitatif de la technique utilisée (entretiens semi-structurés), l'analyse de contenu a été identifiée comme étant la plus appropriée. L'analyse de contenu est un mode de traitement de l'information qui s'applique à toute forme de discours, d'images et de communication. Elle vise une lecture seconde d'un message, pour substituer à l'interprétation intuitive ou instinctive une interprétation construite (Bardin, 1989). L'opération tient à sélectionner, condenser, catégoriser, regrouper et organiser l'information. Cette technique est destinée à établir la signification et à permettre une compréhension éclairée des documents analysés. Elle nous aidera à saisir le sens exact du message des participants à travers leur discours, dans toute sa subjectivité et son intersubjectivité. Les opérations de relecture et d'écriture, lors de l'analyse du discours, favoriseront l'émergence de sens selon le vécu du participant, dans son contexte. C'est pour cette raison que le chercheur tentera de relier tous les éléments entre eux (Poupar, 1997).

L'analyse de contenu est une technique d'étude détaillée des contenus de documents défini par Robert & Bouillaguet (1997) comme « l'action d'inférer, d'accomplir une opération logique par laquelle on tire d'une ou plusieurs propositions (en l'occurrence les données établies au terme de l'application des grilles d'analyse) une ou plusieurs conséquences qui en résultent nécessairement ». C'est en réalité une technique de traitement des données qui consiste à lire le corpus fragment par fragment pour en définir le contenu et le coder selon des catégories fixées a priori ou établies au cours de la lecture. Selon Giust Desprairies & Lévy, (2003, p.290), il s'agit d'une analyse qui porte sur « les contenus, unités de signification supposées véhiculées par un contenant (le langage), traversant donc ou ignorant sa réalité matérielle ». Ainsi, il s'agira concrètement de sélectionner, condenser, catégoriser, regrouper et organiser les informations.

Pour Bardin (1983 : 105) « faire une analyse de contenu consiste à repérer les noyaux de sens qui compose la communication et dont la présence et la fréquence d'apparition pourront signifier quelque chose pour l'objectif analytique choisi ». Il consiste à sélectionner, condenser, catégoriser, regrouper et organiser l'information : c'est donc une mise en ordre systématique du contenu manifeste d'un discours pour ensuite en ressortir son contenu latent et justifier la validité de ce qu'on avance à propos de l'objet étudié en exposant les raisons de la preuve. Elle a pour rôle de dégager les significations, associations, intentions etc. non directement perceptibles à la simple lecture des documents.

C'est ainsi que tout chercheur en sciences sociales aura recours à un moment ou à un autre de son travail (Aktouf, 1988). Les données à traiter sont toujours presque des données verbales qu'on transforme en écrit. Selon Mucchielli (2006), l'analyse de contenu est un ensemble de méthodes diverses, objectives, méthodiques, quantitatives et exhaustives dont le but commun est de dégager, à partir de documents, un maximum d'informations concernant des personnes, des faits relatés, des sujets explorés, mais aussi et surtout de découvrir le sens de ces informations. Selon Campenhoudt & Quivy (2011), l'analyse de contenu porte sur des messages aussi variés que des œuvres littéraires, des articles de journaux, des documents officiels, des programmes audiovisuels, des déclarations politiques, des rapports de réunion ou des comptes rendus d'entretiens semi-directifs. Dans l'analyse de contenu, le chercheur tente de construire une connaissance à partir du choix des termes utilisés par les participants, la fréquence et le mode d'agencement, la construction du discours et son développement. L'analyse de contenu occupe une place importante dans la recherche en sciences sociales car elle offre la possibilité de traiter de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité. Mieux que toute autre méthode de travail, l'analyse de contenu permet, lorsqu'elle porte sur un matériau riche et pénétrant, de satisfaire harmonieusement aux exigences et de la rigueur méthodologique et de la profondeur inventive qui ne sont pas toujours facilement conciliables.

L'analyse de contenu a ceci de particulier qu'elle a les avantages ci-après :

- ★ Toutes les méthodes d'analyse de contenu conviennent à l'étude de l'implicite ;
- ★ Elle oblige le chercheur à prendre beaucoup de recul à l'égard des interprétations spontanées et, en particulier, des siennes propres ;
- ★ Portant sur une communication reproduite sur un support matériel, elles permettent un contrôle ultérieur du travail de recherche ;

★ Plusieurs d'entre elles sont construites de manière très méthodique et systématique sans que cela ne nuise à la profondeur du travail et à la créativité du chercheur, bien au contraire. (Campenhoudt & Quivy (2011), cité par Konfo (2018))

Dans le même sens, Paillé (1996) va ajouter que l'analyse de contenu,

« Ce n'est ni la représentativité, ni la généralisation des données qui intéresse le chercheur, mais plutôt la singularité et la fertilité des données non numériques ».

4-9-2- Analyse thématique

Pour Pedinielli (1994) l'analyse thématique est avant tout descriptive, elle correspond à une complexification de la question simple, de quoi le sujet parle-t-il ? Elle procède par le découpage du discours et recensement des thèmes principaux qui peuvent faire l'objet d'analyse différente selon les questions et les objectifs de recherche. Elle permet d'examiner la signification des mots et de reconstruire le sens de leurs phrases.

Maxwell (1999) quant'à lui pense que, l'analyse thématique est cohérente avec la mise en œuvre de modèles explicatifs de pratiques ou de représentations, et non d'actions ; elle défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème Pour Mucchielli, 2006, l'analyse thématique, se situe dans le cadre des analyses logico sémantiques. Ces méthodes effectuent « un classement logique des contenus après l'explicitation des valeurs sémantiques de ces contenus. » (Cité par Vanoutrive & al. 2012). D'après Poussin (2012), l'analyse thématique permet de ramener le texte (discours des participants) à des proportions raisonnables, non seulement en conservant le sens, mais en le comparant avec d'autres textes ; les thèmes à relever ici étant d'ordre psychologique. La technique d'analyse thématique est l'outil d'aide à l'analyse de discours. L'analyse thématique du discours consiste à découper ce qui d'un entretien à l'autre se réfère à un thème. Autrement dit, il revient au chercheur d'obtenir des indicateurs qui puissent résumer les multiples sens des messages dans un discours. C'est une technique qui se veut objective dans la mesure où elle s'intéresse aussi bien au contenu qu'à ses conditions d'émission (participante) et/ou de réception (chercheur). Elle permet de dégager la structure les processus et les thématiques propres à chacun des participants. Le texte est découpé en unité d'enregistrement d'ordre psychologique, renvoyant parfois à des unités supérieures qualifiées en général de thème. Cela revient à des proportions raisonnables tout en conservant son sens. Par ailleurs, cela permet aussi et peut-être même surtout de comparer ce texte avec d'autres textes. Les discours singuliers sont ainsi détruits et structurés.

Dans cette recherche, cette analyse se fera de manière transversale. Nous allons recenser les points de convergence et divergence entre les récits recueillis. Ainsi comme le veut Fortin (2010), nous procéderons à la codification du contenu de chaque entretien selon les questions abordées. D'abord, l'ensemble du contenu sera regroupé selon des thèmes préétablis. Le contenu entier sera ensuite passé minutieusement en revue afin de faire une codification plus fine et ce, en identifiant les unités de sens. Chaque unité de sens sera classée selon le thème auquel il correspondra. La dernière étape (l'élaboration des catégories) consistera à identifier les thèmes majeurs et récurrents afin que des catégories conceptuelles s'en dégagent. Le contenu lié à chacune des catégories sera ensuite explicité et détaillé.

Par analyse thématique, on entend donc « une recherche méthodologique des unités de sens par l'intermédiaire des propos tenus par les narrateurs relativement à des thèmes » (Poirier, Clapier-Valladon, & Raybaut, 1996 : 215). Elle sert à dégager les thèmes présents dans un corpus pour ensuite en faire l'analyse et une interprétation. C'est une approche de type subjectiviste qui vise à reformuler, à interpréter et à théoriser des phénomènes. Elle s'inscrit dans l'ensemble des méthodes de recherche qualitative caractérisées par le recours à des méthodes et techniques d'approche directe du sens de phénomènes humains et sociaux, sans le passage par la mesure et la quantification.

Cette analyse thématique permet l'analyse qualitative de données par « la sélection et l'organisation rationnelles des catégories condensant le contenu essentiel d'un texte donné (Kraukauer, 1958, cité par Poirier, Clapier-Valladon, & Raybaut, 1996 : 243). Concrètement, ces auteurs proposent de procéder avec une colle et des ciseaux afin d'avoir toujours les fragments du texte sous les yeux et de pouvoir ainsi changer les fragments de catégories sans devoir revenir au texte d'origine.

Dans cette démarche, le traitement et l'interprétation des données se rattachent à deux logiques particulières :

- la thématization du corpus selon une logique classificatoire : c'est l'organisation de données impliquant une « segmentation » des entretiens ;
- l'examen des thèmes et des catégories qui émergent selon une logique interprétative du corpus. L'objectif est de donner du sens aux informations recueillies.

Pour procéder à cette analyse, nous avons construit une grille d'analyse. Il s'agit ici de ce que les auteurs appellent un examen de type classificatoire.

Les grilles d'analyse sont élaborées en fonction de la visée théorique qui a déterminé les consignes de recueil des données. En effet, d'une part, le canevas établi pour l'enquête nous fournit à priori les thèmes principaux, d'autre part, le travail d'inventaire nous donne des catégories à postériori. Le choix de ces catégories qui obéit à certaines règles techniques d'exclusion mutuelle, de pertinence, d'homogénéité et d'efficacité, est le fait du chercheur (...). Il faut donc établir des catégories descriptives, renvoyant à des variables du texte exclusif les unes des autres, qui découpent et organisent le discours (Poirier, Clapier-Valladon & Raybaut, 1996).

L'analyse thématique dans cette étude nous permet donc de mieux appréhender le sens que le couple se fait de sa situation de sérodiscordance (dès l'annonce) et des moyens qu'ils mettent en jeu pour élaborer et surmonter cette dernière.

GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

Thèmes	Indicateurs (descripteurs)	Indices
Les alliances inconscientes du couple avant la survenue de la sérodiscordance	Contrat narcissique primaire/ Moi idéal individuel/ Investissement sur soi	Projets, rêves et désirs personnels
	Contrat narcissique secondaire/ Moi idéal groupal/ Investissement sur le groupe (couple)	Projets rêves et désirs communs
	Connaissance du couple du VIH	Présence des inquiétudes et de souffrances malgré la bonne maîtrise de la maladie à VIH/SIDA
Vécu de l'annonce du statut	Affects ressentis réactions	Idées de séparation, idée de mort imminente, peur de la transmission de la maladie
	Retentissement sur le narcissisme conjugal après la	Tristesse, sentiment de persécution, culpabilité angoisse de mort constante

	survenue de la sérodiscordance	sentiment de désespoir, sentiment de trahison incertitude, sexualité
<p>Mise en œuvre d'un travail du négatif pour le réaménagement psychique du lien des couples sérodiscordants</p>	<p>Mécanismes de défenses</p>	<p><u>Rationalisation</u> Justification de chaque pensée, émotion, actions émises en relation avec la survenue de la maladie, évitement de parler des causes, banalisation de la maladie assimilable à toutes autres maladies, donner des explications rassurantes ou complaisantes</p> <p><u>Intellectualisation</u> Généralisation des situations, référencement des expériences collectives pour éviter le sentiment de culpabilité dans la survenue de la maladie et donner un sens à la situation de sérodiscordance</p> <p><u>Sublimation :</u> Appui sur la spiritualité pour reprendre force et espoir afin de se rehausser et de s'adapter</p>
	<p>Etayages multiples Etayage sur soi Etayage sur les formations sociétales et culturelles Etayage sur le groupe</p>	<p>Appui du couple sur les étaies tels que le conjoint, la famille, la réussite de la progéniture et la procréation.</p>

L'analyse thématique est donc cohérente avec la mise en œuvre de modèles explicatifs de pratiques ou de représentations, et non d'actions ; elle défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème (Maxwell, 1999). La catégorisation ainsi réalisée permet de faire émerger des axes selon lesquels s'articule le discours ; autrement dit, de repérer des "lieux communs", des modes d'interprétation partagés.

4-10- DIFFICULTES RELATIVES A LA COLLECTE DES DONNEES

Au cours de notre collecte des données, nous avons fait face à certaines difficultés. L'une des difficultés majeures auxquelles nous fîmes confrontés fut premièrement celle de trouver des cas où les deux partenaires étaient sérodifférents car nous avions des cas où soit les deux étaient séropositifs soit, l'un séropositif et l'autre séronégatif mais déjà décédé, ou encore des cas où le partenaire séropositif était seul car s'est fait abandonner par son conjoint séronégatif, des difficultés ont aussi été observés lors des refus de certains sujets à participer à l'étude. Dans un second temps, nous avons eu des difficultés à fixer des dates d'entrevues qui satisfaisaient les conjoints sur le plan de leur disponibilité commune. Nous avons ainsi pris rendez-vous à plusieurs reprises avec les potentiels cas, mais ceux-ci se sont trouvés annulés bien des fois pour indisponibilité à motifs professionnels. Tout ceci ayant entraîné un prolongement quant 'au temps allouer à la récolte des données sur le terrain

Néanmoins malgré ces difficultés, nous avons pu mener nos entretiens et récolter nos données dans le respect des règles éthiques et déontologiques en vigueur dans notre domaine d'étude.

4-11- CONSIDERATIONS ETHIQUES

La recherche en sciences sociales et humaines a ceci de particulier qu'elle porte sur des êtres humains, avec tout ce que cela peut comporter d'incidence sur leur vie, leurs droits et leur dignité. Il est donc indispensable pour l'étudiant chercheur d'encadrer ses habiletés techniques par un certain nombre de règles déontologiques et éthiques.

Ainsi, l'un des codes éthiques le plus important en matière de recherche sur les sujets humain fut « *le code de Nuremberg de 1947 : aucune recherche ne pouvait être poursuivie sur des sujets humains sans leur 'consentement volontaire'* », et ceci est resté inchangé dans les codes suivants » (OMS, 2003, p.148).

Dans la réglementation, les recherches impliquant des sujets humains, obéissent à des procédés d'examen qui ont été mis au point par des commissions et des comités gouvernementaux et institutionnels. Cette réglementation s'inspire largement des directives des codes d'Helsinki. Par conséquent, les dispositions éthiques que nous avons prises en compte corroborent avec les principes suivants :

Pour ce qui est de l'aspect éthique, il existe particulièrement des règles en ce qui concerne la conduite de l'entretien :

- Le principe d'anonymat (des enquêtés, et si besoin des lieux, des collectifs etc.) ;
- Demandé l'autorisation d'enregistrer ;
- Ne jamais divulguer les propos d'un interlocuteur dans son milieu d'interconnaissances ;
- Tenir à dispositions les cassettes, transcriptions etc. Qui concernent votre interlocuteur, s'il le désire.

Dans cette recherche, toutes ces règles ont été suivies et respectées comme le présente le formulaire de consentement éclairé dûment signé par l'ensemble des participants ainsi que le préambule de notre guide d'entretien.

L'aspect déontologique concerne les lois et règles professionnelles que se donne un corps de métier. Pour ce qui du chercheur-clinicien selon Fernandez et Catteeuw (2001) il existe plusieurs principes directeurs mais les fondamentaux sont :

- Aucune recherche sur la personne humaine ne doit être entreprise si elle n'a pas pour but ultime l'acquisition de connaissances susceptibles de contribuer à l'amélioration de l'état et des conditions de vie de l'individu et de la société.
- Aucune recherche n'est justifiable si elle fait courir au sujet des risques démesurés.
- Le chercheur a l'obligation d'élaborer le meilleur projet de recherche dont il est capable.
- Aucune recherche ne doit se faire sur la personne humaine si elle n'a pas donné un consentement libre et éclairé.
- Le chercheur est pleinement responsable de la conduite de la recherche.
- Le chercheur doit une fois les données recueillies analyser et interpréter objectivement les résultats.
- Le chercheur doit reconnaître la portée limitée de ses interprétations et veillée à ce qu'elles ne soient pas utilisées pour des fins autres que celles prévues.

Dans cette étude portant sur le réaménagement psychique du lien du couple face à la maladie à VIH d'un des partenaires, nous nous sommes efforcés de mettre en pratique l'ensemble de ces principes, et sommes tentés de croire qu'ils ont été respectés, du moins dans leur majorité.

Nous retenons de ce cadre méthodologique que nous avons fait usage de la méthode clinique. Nous nous sommes principalement basé sur l'étude de cas. Cette méthode a été choisie pour sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. La recherche qualitative ayant pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication a été notre type de recherche. Suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion, une échelle de sélection a été administrée, notamment l'échelle d'ajustement dyadique de Spanier (1976) version française et abrégée. Celle-ci nous a permis de sélectionner deux couples. Il s'est agi de deux couples, présentant un score élevé au DAS-08 et ayant en son sein un partenaire séropositif et l'autre séronégatif. Après l'élaboration du guide d'entretien, les données ont été collectées au travers des entretiens semi-directifs. Nous avons eu trois entretiens avec chacun des couples. La technique d'analyse de contenu des entretiens axée sur le repérage des thèmes significatifs a été utilisée pour l'analyse des résultats.

CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Dans ce chapitre, il est question pour nous de présenter les données recueillies sur le terrain et de les analyser. Tout d'abord, nous allons présenter les participants et utiliser les pseudonymes couple SIMO et couple TAKAM pour les identifier. La présentation des cas permet de contextualiser notre recherche. Comme précisé au chapitre précédent, les données à analyser dans ce travail ont été collectées auprès de 2 couples à l'aide de l'outil de collecte qu'est le guide d'entretien. L'outil d'analyse qui sera utilisé est l'analyse thématique, car elle nous permet de ressortir la singularité des processus psychiques des cas, en confrontant les propos de nos entretiens à notre hypothèse et à la littérature. Tout au long de ce chapitre, plusieurs extraits d'entretiens viendront illustrer nos propos d'analyse afin de témoigner de la réalité du vécu des couples confrontés à la sérodiscordance dans ses différentes composantes. À partir de cette présentation et de l'analyse des données recueillies, nous allons procéder à l'interprétation et à la discussion des résultats obtenus.

5.1. PRESENTATION DES PARTICIPANTS

Sur la base de nos critères de sélection, nous avons retenus comme participants pour cette étude, deux couples à qui nous avons donné les codes de couple SIMO et couple TAKAM.

5.1.1. Couple SIMO

Le couple SIMO est constitué d'un homme âgé de 39 ans et d'une femme âgée de 35 ans, tous deux de nationalité camerounaise et natifs de la région Ouest du Cameroun. Mariés légalement, ils sont de confession religieuse catholique. En ce qui concerne leur niveau de scolarité, l'époux a comme niveau une licence et l'épouse le baccalauréat. Leurs catégories professionnelles sont entre autres photographe pour le mari et couturière pour la femme. Ce couple a exactement à son actif 14 ans de relation qui ont donné naissance à 1 enfant. Ils sont pour Mr Simo 2^{ème} dans une fratrie de 4 et pour Mme Simo 3^{ème} dans une fratrie de 6.

Durant leur 14ans de mariage, Mr et Mme Simo sont parents d'un garçon et vivent de façon harmonieuse. Lors d'une campagne de dépistage gratuite Mme Simo a pris connaissance de son statut sérologique positif. Le couple ayant ainsi pris connaissance de la maladie de Mme Simo a commencé à suivre un protocole pour éviter d'infecter Mr Simo et leur garçon et espère procréer à nouveaux des enfants sains. Par ailleurs seule la famille de Mme Simo est au courant de la maladie de cette dernière car selon le couple cela protégera la femme des commérages multiples de leur entourage.

Le couple est aujourd'hui à 14 ans de relation et ont 1 enfant bien portant. Le couple Simo présente à l'échelle d'ajustement dyadique un score de 109/151.

5.1.2. Couple TAKAM

Le couple Takam est constitué d'un homme âgé de 45 ans et d'une femme âgée de 42 ans, tous deux de nationalité camerounaise et originaire de la région Ouest du Cameroun. Également marié à l'état civil, ils sont de confession religieuse catholique et de réveil. En ce qui concerne leur niveau de scolarité, l'époux a comme niveau le BEPC et l'épouse le CEPE.

Leurs catégories socioprofessionnelles sont entre autres menuisier pour le mari et femme au foyer pour la femme. Ce couple a exactement à son actif 20 ans de relation qui ont donné naissance à 3 enfants (1 naturel et 2 adoptés). Tous deux orphelins de père et de mère, ils sont pour Mr Takam 5^{ème} dans une fratrie de six et pour Mme Takam 4^{ème} dans une fratrie de 7.

Après 20 ans de mariage, Mr et Mme Takam sont parents de 1 enfant légitime (une fille) et de 2 enfants adoptés (une fille du défunt frère de Mr Takam et un garçon qui lui a été remis par son petit frère). Durant leur mariage Mr Takam a eu à faire beaucoup de crise de maladie (problème de respiration, soif multiples, fièvre, zona etc...) suscitant chez eux multiples inquiétudes jusqu'à ce que suite à un ensemble d'examen effectué par ce dernier les résultats révèlent le statut sérologique positive de Mr Takam. Le couple ayant ainsi pris connaissance de la maladie de Mr Takam depuis 10 ans déjà a commencé de même que le premier couple à suivre un protocole pour éviter d'infecter Mme et les enfants.

Le couple est aujourd'hui à 20 ans de relation et sont tous en harmonie. Le couple Takam présente à l'échelle d'ajustement dyadique un score de 115/151.

5.2. ANALYSE DES RESULTATS

Cette recherche porte sur le réaménagement psychique du lien au travers de la mise en place par le couple du travail du négatif face à la survenue du statut sérologique positif de l'un des partenaires et qui leur permet de maintenir et d'entretenir leur lien.

Aussi, pour comprendre cette problématique, il ressort des entretiens que nous avons menés auprès des couples Simo et Takam, les thèmes significatifs suivants :

- Les alliances inconscientes du couple avant la survenue de la sérodiscordance
- Vécu de l'annonce du statut au conjoint
- Retentissement sur le narcissisme conjugal après la survenue de la sérodiscordance
- Réaménagement psychique du couple sérodiscordant

5.2.1. Les alliances inconscientes du couple avant la survenue de la sérodiscordance

Selon la théorie psychanalytique des liens, comme toute institution, le couple se fonde sur des alliances inconscientes entre sujets et sa réalité psychique et les alliances qui le soutiennent sont essentiellement le contrat narcissique et le pacte dénégatif. Aussi ces alliances sont fondées sur des modalités spécifiques sur la sexualité et les conflits notamment les exigences de narcissisme.

En 1911, Freud propose une première définition du narcissisme, renvoyant à cet amour de soi irréductible : l'individu « prend d'abord soi-même, son propre corps, comme objet d'amour ». Par la suite, il fera la distinction entre le « narcissisme primaire » et le « narcissisme secondaire ».

5.2.1.1. Le narcissisme primaire / narcissisme individuel

Freud (1977), définit le narcissisme primaire comme « une situation psychique dans laquelle le moi, au-delà de la vie psychique, est originellement investi par la pulsion et est capable de satisfaire ses pulsions sur lui-même. Les pulsions d'autoconservation sont de nature libidinale, la libido narcissique est celle de ces pulsions les pulsions sexuelles ont pris le moi comme objet d'amour, un amour de soi ». Il correspond à la première étape de la vie psychique de l'enfant qui est dans une relation fusionnelle avec sa mère et ne fait pas la distinction entre lui et celle-ci, et où toute sa libido est investie sur lui-même. Le narcissisme primaire est un « stade précoce du développement au cours duquel toute la libido est investie sur le sujet ».

Au travers de ces définitions, nous pouvons relever que l'individu dès ses premiers mois de vie est à lui-même sa propre fin, et investit sur son propre Moi toute l'énergie libidinale qu'il possède. Alors bien que le couple forme désormais une entité, chaque partenaire dans son espace psychique intra individuel avant la mise en couple et la survenue de la maladie est porteur de désir, de rêves et de projets personnels illustrant ici l'Idéal du Moi et le Moi idéal forgé sur le modèle narcissique infantile et sur l'identification à des idéaux parentaux et culturels propre à chacun. Ceci s'illustre dans les verbatim du couple Takam par les différents souhaits et projets qu'ils avaient étant encore plus jeune. Mme Takam nous renseigne sur ses projets lorsqu'elle affirme « *Ah okay quand j'étais encore plus jeune !!! J'ai grandi dans une famille pas très heureuse et pas très très nanti, avec les frères et sœurs, maman et papa tout allait bien. Bon tu sais qu'après quand on grandit, la maladie vient ça vous amène et tout et tout c'est comme ça que la maladie a amené papa et maman. Bon avant d'amener papa et maman je fréquentais, j'allais à l'école et tout et tout, j'avais des amis des copains des copines et tout jusqu'au jour où je l'ai croisé et je l'ai rencontré. Aussi je voulais être une infirmière, sage-femme car ça m'avait plu* ». Mr Takam quant'à lui affirme que « *quand j'étais jeune garçon déjà 5^{ième} né d'une fratrie de quatre autres frères et une sœur, je me voyais en train... je projetais dans ma vie future devenir au moins administrateur civil. Je voulais devenir un administrateur civil juste parce qu'un administrateur civil avait maltraité mon papa en ma vue. [...]Alors voyant que je ne peux pas devenir ce que je voulais être, je me suis replié sur ce qui me plaisait comme passion et c'est comme ça que je me suis retrouvé dans la menuiserie* ».

5.2.1.2. Le narcissisme secondaire / narcissisme conjugal

Laplanche J. et Pontalis J.B. (1997) expliquent que le narcissisme secondaire est l'étape où l'enfant intériorise les relations, et surtout celle qu'il a avec sa mère.

Dans une seconde perspective Freud aborde l'investissement libidinal dans un sens objectal traduisant le fait qu'à un moment donné un mouvement psychique va s'effectuer chez l'individu consistant à envoyer vers l'extérieur une partie de cette libido vers des objets extérieurs et qui ferait, dans un second temps, retour vers le Moi, au détriment d'investissement de ces objets (Freud, 1914 ; Laplanche et Pontalis, 1967). Freud utilise pour cela l'expression de « narcissisme secondaire ».

Selon Kaës (2009,2014), à l'origine même de la vie psychique et ultérieurement pour constituer un couple, les conjoints entrent en lien à travers une identification mutuelle et à un objet commun. En plus de ces identifications, ces derniers doivent obligatoirement nouer et sceller des alliances inconscientes entre eux afin d'établir, maintenir et resserrer leur lien. En effet, une fois l'alliance de couple scellé par l'anneau de mariage le nouveau couple va se fonder sur des accords inconscients qui forment le socle inconscient du couple et ce dernier va ainsi d'un commun accord amoureux avoir des zones d'indifférenciation, de l'imagerie de l'Un, des espaces et des objets partagés qui ne sont à la fois ni absolument à l'un ni absolument à l'autre et qui sont cependant à l'un et à l'autre. Autrement dit, une fois mis en couple les alliances inconscientes des conjoints vont raisonner ensemble et ne former qu'un permettant à cette nouvelle entité de se projeter et de partager un idéal narcissique commun représentant un étayage mutuel de la pulsion et plus précisément celle d'autoconservation.

Par ailleurs l'analyse du discours du couple Takam met en relief ces projections de vie de couple et de famille harmonieuse et ceci s'illustre chez Mr Takam lorsqu'il dit : *«Effectivement, quand elle a commencé, elle a accepté de me côtoyer de flirter avec moi, je lui ai d'entrée promis un voyage dans une île paradisiaque (Mme Takam dit aux îles Seychelles) qui n'est jamais arrivé (Mme et Mr Takam rient), je lui ai promis un véhicule, une villa et un virement bancaire ce qui jusqu'aujourd'hui n'est pas encore arrivé non plus (Mr Takam sourit). Donc et forcément je me voyais Je nous voyais en couple véhiculé, dès qu'il est peut-être 11heures je l'appelle je dis que chérie est ce que tu peux avoir le temps d'aller chercher les gosses à l'école ? Et si tu es occupé je vais le faire. Donc je nous voyais comme ça quoi, toujours la main dans la main, partout on ira ensemble et qu'on méritait d'être trop attirant. Dans ma tête, je voulais faire savoir à tout le monde qui la regarderait qu'elle est à moi (Mme Takam sourit).*

Il ajouta en rapport avec ses projets d'enfants : *« En fait quand on était fiancé je lui avais demandé que si le Seigneur entend ma prière je voudrais qu'elle me donne trois filles la raison étant toute simple c'est que ma maman elle n'a fait que des garçons ; la fille est en dernier quand moi je n'étais plus en concession. Donc je n'ai pas grandi je n'ai pas eu de présence féminine dans ma fratrie, donc je voulais qu'elle me donne trois enfants surtout des filles parce que je savais d'avance que quand tu as des filles bien élevées et qui ont réussi leurs vies tu auras... si tu as trois filles tu auras forcément trois garçons absolument tu auras trois garçons ; mais que tu n'as que des garçons ce n'est pas certain que tu auras des filles ce n'est pas certain.».*

Et à Mme Takam d'ajouter que : « *Humm, c'était que s'il plait à Dieu j'allais trouver un homme qui va m'aimer, un homme qu'on va se rencontrer et puis on va s'aimé Oui... Quand c'est arrivé avant que ça n'arrive on avait des projets (Mr Takam dit on avait parlé de Seychelles et Mme Takam dit ekieuh rentrez encore là-bas ? et les deux rient), on était déjà allé à Kribi et Kribi c'est déjà le Seychelles. Hum oui avant c'était ça on est allé et puis on était là, on vivait bien* ».

Quant 'au couple Simo, Mr exprime sa vision du couple en ses termes : « *après le mariage ce qu'on pense c'est faire les enfants, et ne pas être dérangé si c'est chacun pense à ça. Et quand Dieu bénit ce que vous pensez. Bon chacun pense à sa manière, d'autres pensent à avoir une fortune, il y'a ceux qui pensent avoir des enfants et d'autres pensent autres choses, chacun pense à sa manière. Ma part j'ai pensé juste que, l'enrichissement n'est pas venu dans ma tête. C'était juste être heureux et avoir des enfants c'était tout* ». Mme quant'à elle affirme que : « *j'avais toujours les idées d'avoir une famille, des projets comme bien élevés les enfants situés... ma vision du couple c'était juste l'entente, c'est tout* ».

L'ensemble de ces propos montre à suffisance que nos couples avaient des projets personnels et ensuite des projets communs qui bien que mal constituaient les fondements des alliances inconscientes du couple avant la survenue de la maladie.

5.2.1.3. Connaissance du couple du VIH et de la sérodiscordance avant la survenue du diagnostic

L'analyse du discours du couple Simo illustre le fait que certes le couple connaît les modes de transmission de la maladie mais il exprime un sentiment de contrariété quant 'au traitement de cette maladie entraînant une certaine souffrance chez Mr Simo qui s'exprime en ces termes « *vous posez une question peut être facile à répondre pour moi personnellement parce qu'en réalité quand on vit on est susceptible d'avoir tout cancer, SIDA, folie, accident.... Donc pour moi quand je comprends SIDA je le prends aussi comme toutes les autres maladies, ça peut arriver à tout le monde... En ce qui concerne le SIDA, pour moi personnellement je vois une malhonnêteté scientifique, politique. D'autant plus que ce n'est pas dans un siècle comme le nôtre maintenant là qu'on pouvait parler d'une maladie plus de 20ans.* ». Quant'à Mme Simo on note dans son discours un déficit dans les connaissances se traduisant par son discours raccourci qui s'illustre par ses dires « *je n'avais aucune idée, c'est arrivé, c'est arrivé je ne sais plus comment vous dire. Dans la vie il faut s'attendre à tout, il faut être fort... oui*

j'avais déjà entendu, mais sans comprendre comment une personne a l'autre n'a pas dans un couple, c'est ce que je voulais dire ».

En ce qui concerne le couple Takam, nous ressortons de notre analyse de leurs verbatim que le couple a de bonnes connaissances de la maladie. En effet, selon Mr Takam : *« De la maladie je savais que c'est une maladie sexuellement transmissible donc on ne pouvait la choper que de l'une des deux manières. Soit par la transfusion par un sang souillé soit par les rapports non protégés avec une personne infectée. Ça c'est ce que je savais ».* Et à ça il ajoute en rapport avec ces connaissances de la sérodiscordance que : *« Pour moi c'est mon cas qui m'a édifié que donc ça peut arriver que l'un le soit l'autre pas. Je me disais que si l'un des deux contracte le virus, le temps de se rendre compte qu'il a contracté il aura déjà refilé à l'autre. Donc il a fallu que mon cas s'avère sérodiscordant pour que je crois que ça peut exister ».* Mme Takam affirme quant 'à elle que : *« Pour le VIH je savais que bon le VIH existe donc il faut seulement prendre des précautions, il ne faut pas toucher aux objets souillés, il faut se protéger lorsqu'on fait des rapports sexuels surtout quand ton conjoint est malade... Oui. Et puis les piqûres aussi ».* En ce qui concerne la sérodiscordance elle ajoute : *« Oui j'ai demandé on m'a dit oui ça existe, soit c'est l'homme soit c'est la femme ».*

Cependant, nous notons aussi que malgré cette maîtrise des informations relatives à la maladie, le couple a eu beaucoup de peine à identifier la maladie lorsque les premiers symptômes se manifestaient chez Mr Takam entraînant ainsi beaucoup d'inquiétudes et de souffrances. On pouvait rendre compte de cela à travers les verbatim de ce dernier qui affirmait que : *« Mais quand je souffre que je tousse, on me prescrit les médicaments contre la toux je les prends ça me soulage peut-être trois jours ça n'a plus d'effet. Avant j'avais eu un palu et il y'avait une molécule que je prenais ça c'était très efficace contre mes crises de palu, mais je prends une semaine après je grelotte je.... Je pars faire le Test Widal et Félix il est négatif, goutte épaisse toujours positif aucune raison donc j'avais cette sensation de soif permanente surtout après... pendant le sommeil. Dès que je m'endors même si je me réveille 30 minutes après ma gorge est toute sèche je bois de l'eau, je ne sens pas que ça coupe la soif. Seulement le docteur m'avait déjà envoyé à Pasteur (Le Centre Pasteur) faire l'examen de crachat qui c'était avéré négatif alors là j'ai dit... à un moment donné je me suis dit que je pourrai être en train de développer l'asthme, il m'a donné le traitement de l'asthme qui m'a soulagé, qui m'a soulagé je crois un mois et puis... Donc quand je... quand il me dit que je suis séropositif je suis choqué c'est vrai mais je m'en fais une raison. Je m'en fais quand même une raison, je dis*

okay je comprends maintenant la raison pour laquelle aucun traitement ne s'avère efficace contre moi ». Ceci traduisant la douleur que le couple avait de ne pas connaître la maladie dont souffre Mr depuis plus d'un an car même s'il traitait chaque symptôme l'efficacité n'était pas de mise. Donc une fois pris connaissance de ce dont il souffrait il se sentait soulagement car il connaissait la raison de son mal être.

5.2.2. Vécu de l'annonce du statut

5.2.2.1. Vécu traumatique de l'annonce

Que l'on soit seul ou accompagné, l'annonce de la maladie grave est considérée comme l'une des phases les plus importantes de prise de conscience du nouveau statut de malade car que ce soit la manière, les circonstances ou le ton utilisé pour l'annoncer, il est difficile que ce soit du côté du patient que de son entourage (partenaire) d'encaisser le choc. Aussi, même si la séropositivité ne s'associe plus directement à la « mort annoncée » comme ce fut le cas pendant des décennies, son évocation continue malheureusement d'entraîner beaucoup de bouleversements tant sur le plan psychologique que physiologique. Selon Verger (2015), l'annonce de la séropositivité suscite l'angoisse ; « angoisse devant un danger réel » selon l'expression freudienne, celui de la maladie grave qui dans les premiers temps après l'annonce, n'a de cesse de rappeler son existence au sujet.

Ceci s'illustre dans les discours du couple Simo par ces dires *«A chaque 3 mois j'avais l'habitude de me prélever, bon ce jour je rentrais de chez ma copine et vers le carrefour je me suis arrêté donc c'est par là qu'on a découvert ... ah j'ai pris courage je suis allé à la maison, donc ce n'était pas facile, j'ai quand même appelé j'ai dit après il a dit qu'on jette une femme parce qu'elle a les sales habitudes (pleurs) et non parce qu'elle est malade (long silence)... ah comme tout le monde peut être quand on t'annonce une terrible nouvelle... Puisque dans ma tête je m'étais dit que c'était fini, puisque je l'avais parlé que je pense que... (Pleurs)... oui il y'avait eu le premier jour comme je vous ai dit, parce que je l'avais annoncé en disant que je pense que c'est fini entre nous deux* ». Quant 'à Mr Simo, il rapporte ceci *« Naturellement ça fait mal, mais il faut surpasser, il faut surmonter ton mal, il faut dépasser ton mal... Donc ça fait mal mais c'est la vie. Donc vous ne pouvez que supporter le même chagrin, la même souffrance, les mêmes difficultés voilà »*

En ce qui concerne l'analyse du couple Takam, Mr Takam ayant appris sa séropositivité, au travers des examens qu'il avait fait suite à ces multiples petits malaises ; Il raconte que « *Mais quand on m'a annoncé que j'ai le VIH c'est là où tout a changé, je dois mourir ça c'est une évidence mais je dois partir avec ma femme donc c'est où j'ai commencé à me dire mais quelle fatalité!!! Quelle fatalité !!! La fille de quelqu'un s'est retrouvée chez moi parce que je lui ai couru après pendant je ne sais pas combien d'années elle s'est laissé flattée voilà il n'ira même jamais aux Seychelles, non seulement ça elle va aller précipitamment dans le cercueil parce que je suis comme je le suis elle l'est. Mais seulement de l'autre côté je me dis ce n'est qu'une question de temps parce que comme rien ne me soulage ça veut dire que je vais décéder* ». Pour ce qui de Mme Takam, Le vécu de l'annonce s'est fait ainsi qu'elle le narre « *Le jour-là il est rentré avec les résultats, il m'a donné j'ai feuilleté j'ai feuilleté, je lui ai remis. Enfin j'ai vu mais je n'ai pas su que c'était...je ne pas compris, c'est dans la nuit vers 4 heures comme ça qu'il me réveille il me dit que je t'ai donné mes résultats de feuilleter, tu n'as pas... tu as quand même vu, tu as lu mais tu n'as pas su de quoi il s'agissait. Je dis que mais ça veut dire quoi ? Il dit qu'il est séropositif ... quand je me revois encore quand je pense à ... je voulais même pleurer il m'arrête et me dit que tu vas réveiller les enfants ils vont te dire que tu pleures quoi ? Elle s'exprime en disant « *ce n'est pas vrai, ça veut dire quoi, ne me dis pas ça, donc on va laisser les enfants ci à qui ? Et nos parents ne vivent même plus. C'est-à-dire à moins de... avant que je ne parte faire les examens, en moins d'une semaine j'étais déjà comme ça surtout quand je suis malade je fonde comme. J'étais uhm hein, j'étais bien grasse, j'étais grasse j'ai un corps que dès que je maigris ou que je réfléchis je fonde. Avant d'aller... je crois c'était après, deux, trois, une semaine il me dit d'aller faire. Je lui dis je pars faire quoi ? Tu as c'est que j'ai, je pars faire quoi c'est fini nous sommes déjà morts c'est fini* ».*

L'analyse de ces discours laisse transparaître ainsi, le vécu douloureux de l'annonce chez nos couples, allant des idées de séparation jusqu'à des idées de morts imminentes s'illustrant par la répétition chez le couple Simo des expressions telles que « *c'est fini entre nous deux* », et chez le couple Takam des expressions telles que « *c'est fini* », « *nous sommes déjà mort* », « *je vais décéder* », « *je vais trépasser* », « *quelle fatalité !!!* ».

Ajouter à cela, un malaise est souvent ressenti par les personnes séropositives, surtout dans les premiers temps qui suivent une annonce d'une infection par le VIH. Le malaise, révélateur de l'angoisse, trouve ainsi une de ses origines dans la peur de la transmission du virus, tant du côté de la personne séropositive que du conjoint (Verger, 2015). Ceci est perceptible dans le discours de Mr Takam qui dit que « *Mais quand on m'a annoncé que j'ai le VIH c'est là où tout a changé, je dois mourir ça c'est une évidence mais je dois partir avec ma femme donc c'est où j'ai commencé à me dire mais quelle fatalité !!! Quelle fatalité !!!* » Ensuite il ajoute « *L'annonce du fait qu'elle ne l'est pas elle n'est pas séropositive qui commence à me ragaillardir, à me ramener en homme* ». Et Mme Takam quant'à elle relate que « *Avant d'aller... je crois c'était après, deux, trois, une semaine il me dit d'aller faire. Je lui dis je pars faire quoi ? Tu as c'est que j'ai, je pars faire quoi c'est fini nous sommes déjà morts c'est fini* ». Elle rajoute : « *Le jour où je suis allé faire les examens, on m'a posé des questions j'ai répondu j'ai répondu je suis allé reprendre les résultats il m'a toujours posé des questions j'ai répondu. Et puis il m'a dit... il m'a demandé si tu es positive tu vas faire comment, je lui dis qu'ah je vais marcher comme vous aller me dire, si je suis négative je vais toujours marcher comme vous aller me dire. Il a dit que vous êtes... c'est négatif, je dis négatif comment ? Il me dit c'est négatif bon après 6 mois vous aller encore revenir refaire le test, donc c'était comme ça. Juste quand je sors, je suis en train de rentrer il m'appelle et me dit c'est comment, tu as pris ? je dis j'ai pris Il dit c'est comment, je dis c'est négatif (les deux sourient). Ahhhhhh il était content, il était content* »

5.2.2.2. Ressenti et réaction lors de l'annonce

Pour la plupart des couples, l'annonce les a beaucoup affectées car le SIDA est une situation douloureuse qui suscite différentes émotions chez les conjoints.

Le couple Takam en se rappelant de leurs réactions, et de ce qu'ils ont ressenti dès l'instant qu'ils ont reçu cette annonce expriment leur ressenti en ces termes, «*En fait comme je venais de dire tantôt, j'avais déjà... ça m'avait déjà tellement mis mal à l'aise que je m'étais préparé à trépasser...Maintenant quand les examens révèlent que je suis séropositif, je m'étais déjà préparé à toutes éventualités, je m'étais déjà dit dans ma tête que si je devais mourir ça veut dire que mes enfants resterons se débrouiller d'eux-mêmes, ma femme se débrouillera d'elle-même pour garder ces enfants... Tout ce qui focalisait mon attention c'est qu'il faut que je ... dans le sommeil... même dans le sommeil j'avais l'impression que j'écoutais mon corps pour ressentir de quel côté il va attaquer la mort, donc je cherchais par quel côté elle va commencer à entrer dans moi. Parce que ça m'avait fait mal que j'étais convaincu que c'est*

quelqu'un qui m'a lancé ça... Pour dire franchement quand j'ai appris que je suis malade j'ai perdu l'espoir pendant à peine une semaine » nous narre Mr Takam.

Quant 'à Mme Takam, elle narre son ressenti en ces termes «. Je dis que mais ça veut dire quoi ? Il dit qu'il est séropositif quand je me revois encore quand je pense à ... je voulais même pleurer il m'arrête... ça veut dire donc que tu vas donc nous laisser ? Qu'est-ce que je vais devenir avec les enfants ? Tu vas donc nous laisser comment ?... Quand il parlait au travail, je restais là aller au marché parfois je pars au marché j'achète je viens mettre là je pleure, je pleure, je réfléchis... quand c'est arrivé juste après je crois un mois le temps où je me morfondais, je pleurais et tout et tout... En effet quand c'est arrivé la première chose que j'ai vu c'était la mort quand c'est arrivé j'ai vu que c'était la mort qui était devant moi... chaque jour, les minutes qui passaient je disais seulement... c'est-à-dire j'attendais seulement qu'on m'appelle pour me dire que ton mari est tombé il est mort voilà voilà voilà. Donc et même quand bon soit c'est la mort qui était là même avant que je ne parte me faire tester, je savais que c'était fini je pleurais c'est-à-dire que j'étais triste, je ne riais même plus, même manger quand je préparais je mangeais à peine... ».

Aussi, Mr Takam ajoute « La fille de quelqu'un s'est retrouvée chez moi parce que je lui ai couru après pendant je ne sais pas combien d'années elle s'est laissée flattée voilà il n'ira même jamais aux Seychelles, non seulement ça elle va aller précipitamment dans le cercueil parce que je suis comme je le suis elle l'est parce que je n'avais jamais pris aucune disposition avant donc on s'amusait comme des fous et donc voilà je ne sais pas comment c'est arrivé mais j'ai pris ça c'est sûr que je lui ai déjà refilé ça. Ce qui fait que quand je rentrais comme ça je n'avais même pas le courage de m'asseoir à table avec les enfants, je passais dans la chambre, je passais du coup dans la chambre voilà je partais me coucher je ne peux pas rester avec les enfants étudier »

« Quand elle accepte afin de me rendre visite de venir chez moi je lui dis tout de suite que si c'est pour jouer la vie tu peux repartir car celle qui va se coucher encore dans mon lit sera mon épouse ... Donc quand je viens donc voilà les deux épreuves, il y'a la maladie et je peux dire mon adultère je crois que c'est aussi comme ça qu'on appelle. Parce que quand on avait eu ces problèmes j'avais eu une aventure dehors... Et donc il m'arrivait des fois d'être loin de mon épouse, on pouvait m'envoyer très loin des fois, et parfois ne pouvant résister à la tentation j'ai dû me défouler. Et je me donnais la peine de m'assurer qu'au moins la capote je dois l'avoir. Donc pour moi il n'était pas question de s'amuser sans se protéger ».

Et Mme Takam ajoute : « *Mais il y'avait un problème, j'étais fâché bon c'est comme ça que j'ai tourné le dos... Il est vrai que bon avec les chicottes et tout et tout s'est arrangé et avant que tout ne s'arrange il s'était déjà lancé dehors (comme pour dire que Mr Takam a eu des conquêtes dehors) et c'est comme ça que ce qui est arrivé arriva* ».

S'agissant du couple Simo en ce qui concerne leurs ressentis Mr Simo affirme que « *Mais comme je disais tant tôt qu'elle m'avait dit que le mariage est fini j'ai dit non moi je ne vois pas comme par contre je lui ai dit que si tu avais de mauvaises habitudes c'est là où tout s'arrête mais si c'est parce que tu es malade rien ne peut s'arrêter au contraire c'est moi qui dois te tenir la main... Donc pour moi quand je comprends SIDA je le prends aussi comme toutes les autres maladies, je le prends comme ça comme toutes les autres maladies, ça peut arriver à tout le monde* ».

Mme Simo quant à elle nous relate son ressenti en ces termes : « *ah j'ai pris courage je suis allé à la maison, donc ce n'était pas facile... Puisque dans ma tête je m'étais dit que c'était fini, puisque je l'avais parlé que je pense que... (pleurs)* ».

L'analyse du discours du couple Takam laisse entrevoir des sentiments de désespoir, de tristesse, de persécution, de culpabilité et d'angoisse de mort constante. Aussi nous relevons une peur constante marqué par l'incertitude face à l'avenir du conjoint et des enfants. Au-delà de cela on note un sentiment de trahison quant'à l'adultère de Mr Takam qui laisse des traces dans la vie du couple.

En ce qui concerne le couple Simo, l'analyse de leurs discours rend compte des sentiments de tristesse, et d'angoisse de séparation et aussi un accrochement à l'idée que la maladie est banale et à considérer comme toutes autres affections.

5.2.2.3. Rationnalisation

C'est un procédé par lequel le sujet cherche à donner une explication cohérente du point de vue logique, ou acceptable du point de vue moral, à une attitude, une action, une idée, un sentiment, etc., dont les motifs véritables ne sont pas aperçus ; on parle plus particulièrement de la rationalisation d'un symptôme, d'une compulsion défensive, d'une formation réactionnelle (Laplanche & Pontalis, 1976).

Selon le DSM-IV, la rationalisation dissimule « les motivations réelles de ses propres pensées, actions, sentiments, derrière des explications rassurantes ou complaisantes mais erronées ».

Pour Chabrol (2005), La rationalisation est une justification tendancieuse recourant à la logique ou à la morale permettant au sujet de se cacher ses véritables motivations qui ne sont pas perçues par la conscience. La rationalisation, en tant que mécanisme inconscient et involontaire, est à distinguer de la falsification délibérée utilisée pour tromper, manipuler et tenter de dissimuler aux autres ses véritables intentions dont le sujet a pleinement conscience.

Mr Takam mobilise ce mécanisme à travers les propos suivants : « *Donc quand je... quand il me dit que je suis séropositif je suis choqué c'est vrai mais je m'en fais une raison. Je m'en fais quand même une raison, je dis okay je comprends maintenant la raison pour laquelle aucun traitement ne s'avère efficace contre moi. Mais seulement de l'autre côté je me dis ce n'est qu'une question de temps parce que comme rien ne me soulage ça veut dire que je vais décéder* ». Il ajoute « *Pour moi, c'est l'avantage qu'on a d'avoir épousé une femme qu'on aime on se sent aimé, quand on se sent aimé c'est un médicament sans nom, quand on se sent aimé même malgré la maladie. Aujourd'hui je dis à qui veut l'entendre qu'aucune femme ne vaut ma femme, aucune parce que dans ma tête là je passais à deux doigts de ça et elle savait elle-même qu'il va partir d'un moment à l'autre mais ça n'a rien changé et je ne me fatiguerai jamais de dire merci ma chérie (Mr Takam le dit en regardant sa femme et les deux sourient).* »

Mme Takam rationalise lorsqu'elle nous dit : « *comment tu peux être avec une femme la femme tombe malade et tu l'abandonne ? Ou bien c'est la femme qui laisse l'homme il part Non !!! Si c'était un sac d'argent qu'il amenait ouououuh tu allais fermer la porte dire qu'on gère comme ça on gère comme ça. Maintenant quand c'est la maladie, c'est le meilleur et pour le pire. Donc c'est comme ça que moi j'ai pris ça* ».

Quant'à Mr Simo, il exprime cela en disant « *Donc pour moi quand je comprends SIDA je le prends aussi comme toutes les autres maladies, je le prends comme ça comme toutes les autres maladies, ça peut arriver à tout le monde ... Et puis il n'y a pas trop à dire c'est la faute c'est parce que tu as fait telle chose. Parce que ça n'a pas exactement un compteur qui dit que c'est parce que tu es allé te coiffer que tu as contacté ou c'est parce que vous êtes allé au lit avec un autre. Rien n'indique clairement ce qui vous est arrivé. Donc ça peut vous arriver, ce n'est pas toujours parce que vous êtes allez dans le lit avec un homme ou avec une femme, ou parce que vous pouvez décidément aller vous coiffer ou utiliser la chose qui est déjà contaminé* ».

Mme Simo pour sa part affirme que : « *Moi ce que je peux dire c'est qu'il faut juste être forte, ce n'est pas la fin du monde. Il y'a les maladies qui dépassent le SIDA, quand tu prends*

bien tes médicaments tu peux vivre même jusqu'à ce que tes jours arrivent que Dieu eût mis que ça arrive or il y'a les maladies qu'en quelques minutes tu meurs. Il faut être courageuse ce n'est pas parce qu'on vous a dit que vous avez une maladie que vous devez vous suicidez. On se suicide surtout quand on est rejeté. Et quand on n'est pas rejeté bon tu remets entre les mains de Dieu, tu dis merci parce que tu pouvais prendre autre chose qu'on ne pouvait même rien faire. Et avec ceci rien ne, ça ne t'empêche rien. Tu fais tes activités, tu fais tes petits trucs comme d'habitudes. »

Notre analyse de ces discours, met en exergue le fait que les couples Takam et Simo mettent en place ce mécanisme de rationalisation tout simplement pour pouvoir mieux encaisser le choc suscité par la situation traumatique lié à la survenue de la maladie au sein du couple. Pour se faire, ces derniers essayent au tant que faire se peut de justifier chaque pensée, émotion et actions émises en relation avec la survenue de la maladie. Le couple Takam tout comme le couple Simo tente de justifier ou de trouver une justification à la maladie et ceci soit en évitant de parler des causes, en évitant tout jugement ou encore en banalisant la maladie qui devrait ici être vécu comme tout autre affection. Nos deux couples au travers de ce mécanisme tentent ainsi de résoudre le trop plein d'émotion né des conflits émotionnels et des facteurs de stress internes et externes provoqués par l'annonce de la séropositivité de leur conjoint respectifs, mettant ainsi de côté les motivations réelles de leurs propres pensées, actions, sentiments, derrière des explications rassurantes ou complaisantes.

5.2.2.4. Intellectualisation

L'intellectualisation est une réponse aux conflits et aux stress *«en s'adonnant à un usage excessif de pensées abstraites ou de généralisations pour contrôler ou minimiser des sentiments perturbants»* (DSM-IV).

Selon Laplanche et Pontalis (1976) c'est un processus par lequel le sujet cherche à donner une formulation discursive à ses conflits et à ses émotions de façon à les maîtriser.

Elle permet de maîtriser les affects en évitant au sujet de se confronter à son implication personnelle dans une situation conflictuelle. Les généralisations servent à banaliser en se référant à l'expérience collective (« C'est la vie ! »). L'abstraction permet de s'évader d'une réalité pénible en privilégiant le monde des idées et du raisonnement logique. L'intellectualisation a donc une forte composante cognitive. (Chabrol, 2005)

D'après Pelchat, Lefebvre et Levert (2005) : « les pères utilisent davantage des stratégies cognitives de résolution de problèmes pour s'adapter à la situation que ne le font les mères ». Les mères elles, sont plus portées vers des stratégies émotives comme mode de résolution des

conflits. Ceci est perceptible dans les discours de Mr Takam et de Mr Simo qui ont eu le plus recours aux mécanismes de défense pour tenter de donner sens à leurs vécus de la maladie dans le couple.

Mr Takam exprime ceci à travers les propos suivants : *« De la maladie je savais que c'est une maladie sexuellement transmissible donc on ne pouvait la choper que de l'une des deux manières. Soit par la transfusion par un sang souillé soit les rapports non protégés avec une personne infectée. Ça c'est ce que je savais. Et donc il m'arrivait des fois d'être loin de mon épouse, on pouvait m'envoyer très loin des fois, et parfois ne pouvant résister à la tentation j'ai dû me défouler. Et je me donnais la peine de m'assurer que au moins la capote je dois l'avoir. Donc pour moi il n'était pas question de s'amuser sans se protéger Et je ne redoutais rien parce que j'avais tellement confiance à mon épouse, je sais que jusqu'aujourd'hui depuis qu'elle m'a connu, elle n'a plus jamais connu personne d'autre ça je le sais. Je donnerai ma main coupée pour ça, et je profite de l'opportunité pour lui dire une fois de plus merci pour cette fidélité »*

Il ajoute : *« Maintenant quand les examens révèlent que je suis séropositif, je m'étais déjà préparé à toutes éventualités, je m'étais déjà dit dans ma tête que si je devais mourir ça veut dire que mes enfants resteront se débrouiller d'eux-mêmes, ma femme se débrouillera d'elle-même pour garder ces enfants. Mais quand on m'a annoncé que j'ai le VIH c'est là où tout a changé, je dois mourir ça c'est une évidence mais je dois partir avec ma femme donc c'est où j'ai commencé à me dire mais quelle fatalité !!! Quelle fatalité !!! ».*

Mme Takam quant'à elle relate cela en ses termes : *« Donc c'est comme ça qu'on commence à appeler et tout et tout ah ce n'était pas facile parce que quand je pense encore à cette période et c'est comme ça que les autres venaient même on les consolait, je causais aussi avec eux. Oui on les consolait et tout et tout, les femmes, d'autres femmes disaient que mon mari m'a chassé, mon mari fait ci fait ça. C'est comme ça que je disais que... il y'avait même les hommes mariés là on causait je disais que je suis venue c'est pour mon mari comme vous voyez je viens comme ça chercher pour mon mari. Comment tu peux être avec une femme la femme tombe malade et tu l'abandonne ? Ou bien c'est la femme qui laisse l'homme il part Non !!! Si c'était un sac d'argent qu'il amenait ouououuh tu allais fermer la porte dire que on gère comme ça on gère comme ça. Maintenant quand c'est la maladie, c'est le meilleur et pour le pire. Donc c'est comme ça que moi j'ai pris ça »*

Elle ajoute : « *Je n'ai pas regretté parce que si c'était même différemment peut être quelque chose de grand quelque chose de bon, un sac d'argent, une voiture je ne sais pas je devais toujours bon il fallait que je fasse avec. Il est vrai que j'étais frustré j'étais timide, j'étais, j'étais mais j'ai accepté parce que vu qu'il y'avait les enfants il y'avait aussi les enfants* »

Pour le couple Simo, ceci s'exprime à travers les discours suivants. Pour Mr Simo il nous dit ceci : « *Bon comme ce n'est pas la première fois que vous avez eu à voir les gens mourir de cette maladie, puisque j'ai même des collègues qui sont décédés de cette maladie* » « *Vous me demandez comment j'ai fait pour la rencontrer mais naturellement comme tous les hommes nonn, naturellement vous trouvez une femme vous la draguez. Puis elle accepte, puis vous vous mettez ensemble.*». « *Et puis on s'est mis ensemble on a manifesté tout ce qu'il fallait... en ce qui me concerne nous on a aucun problème parce que nous sommes suffisamment mûrs dans la tête, nous n'avons aucun problème, donc les difficultés nous les prenons comme ça, elles arrivent, elles partent, elles s'éternisent. Les difficultés dans notre vie, déjà chacun sait comment il est relié au monde. Donc il y'a ceux que les difficultés les surprennent, ceux que les difficultés de les surprennent pas parce qu'ils ont eu une vie difficile. Donc moi et mon épouse, on n'a aucun problème, nous on prend la vie comme on dit comme ça vient* ». « *Donc pour moi quand je comprends SIDA je le prends aussi comme toutes les autres maladies, je le prends comme ça dans la tête* »

Il ajoute « *En ce qui concerne le SIDA, pour moi personnellement je vois une malhonnêteté scientifique, politique. D'autant plus que ce n'est pas dans un siècle comme le nôtre maintenant là qu'on pouvait parler d'une maladie plus de 20ans. Donc il y'a d'abord une malhonnêteté scientifique et politique parce que les gens sont informés mais ils n'ont pas moyen de faire face à cela c'est-à-dire financiers, pour prévenir voilà parce que généralement vous ne pouvez pas vous acheter une tondeuse, vous ne pouvez pas faire de vous-même vous êtes obligé de passer par les autres.* » « *Donc ça fait mal mais c'est la vie. Donc vous ne pouvez que supporter le même chagrin, la même souffrance, les mêmes difficultés voilà (partage de la peine). Si vous avez le sens humain vous n'êtes plus dans le jugement mais plutôt dans l'acceptation. Parce que si vous avez un seul moment de faire un jugement vous allez laisser la personne. Donc il faut être fort c'est-à-dire dire que mieux ça qu'autre chose* ».

Pour Mme Simo nous pouvons le percevoir lorsqu'elle affirme : « *on s'était rencontré de façon naturelle, comme la femme et l'homme se rencontre, nous sommes tombés d'accord on s'est mis ensemble. Bon c'était arrivé... Je n'avais aucune idée, c'est arrivé, c'est arrivé je*

ne sais plus comment vous dire. Dans la vie il faut s'attendre à tout, il faut être fort... « ah comme tout le monde peut être quand on t'annonce une terrible nouvelle ».

L'analyse de ces discours, nous permet de mettre en évidence le fait que nos couples en adhérant aux pensées émises par les groupes, ou la société arrivaient à s'échapper de la réalité pénible que provoquait en eux le sentiment de culpabilité dans la survenue de la maladie. En effet les couples en privilégiant le monde des idées et du raisonnement logique arrivaient à affronter le conflit tout en évitant d'être confrontés à leur implication personnelle dans ce dernier. Ainsi, en généralisant leurs situations, ces derniers arrivaient à banaliser la maladie en se référant à l'expérience collective leur permettant ainsi de justifier qu'ils ne sont pas les premiers à avoir cette situation et qu'il y'a même pire que le SIDA.

5.2.3. Retentissement sur le narcissisme conjugal après la survenue de la sérodiscordance

Suite à la survenue de la maladie dans le couple, la période qui suit l'annonce est marquée par un retentissement sur la vie du couple tant sur le plan physique que psychique. C'est pourquoi les jours suivant l'annonce seront marqués par des changements relatifs au devenir de la relation.

➤ La sexualité

Kaës (2009,2014), nous renseigne sur le fait que ce qui spécifie le lien de couple est assurément la dimension de la sexualité réalisée dans des actes sexuels entre les partenaires. Dans le cadre des couples sérodiscordants, suite à l'annonce de la maladie les partenaires sont obligés de se soumettre à un protocole pour éviter de transmettre l'infection au partenaire séronégatif entraînant ainsi un mal être chez ces derniers. L'analyse des discours de nos couples laisse transparaître une expérience traumatique marquée par un déséquilibre de l'intimité initiale du couple.

Ce mal être est relevé dans le discours de Mr Takam lorsqu'il affirme : *« En fait moi je ne vais pas vous mentir, je n'ai pas été, je n'ai jamais été vraiment à l'aise de faire l'amour avec ma femme avec capote. Ça m'a toujours dérangé, j'ai toujours eu l'impression que je suis en train de m'amuser avec une étrangère quoi, donc ça a toujours été... ça a toujours constitué une espèce de nœud dans ma tête »*. Mme Takam affirme quant'à elle que *« Tout ce qu'on pouvait faire c'était qu'on s'amusait (comme pour dire on avait des rapports sexuels protégés) avec le préservatif comme on avait dit sinon je ne pouvais pas dire que comme il a touché non non rien. Déjà même qu'à l'hôpital on nous conseillait, on nous disait, on nous conseillait oui ; seulement s'il a les blessures, les boutons là il faut un peu peut-être mettre les gangs s'il faut avoir un contact et là aussi il doit se soigner surtout aussi pour ne pas être aussi contaminer »*.

Pour ce qui est de Mr Simo, il rend compte de son vécu de la nouvelle sexualité en ses termes : *« Dire qu'on a du plaisir avec ça ce n'est pas très honnête. Mais vous devez l'accepter, à l'heure actuelle quand on vous demande de consommer les remèdes, les comprimés mais c'est une obligation pour vivre. La personne est contente de consommer les comprimés tous les jours. Mais personne n'est content de mettre les préservatifs, c'est vrai que mais c'est comme ça que vous devez continuer à vivre. » « Donc je pense que pour ma part c'est facile de comprendre que vous ne pouvez pas faire autrement que de vous adapter à cette nouvelle façon de vivre que vous le voulez ou vous ne le voulez pas ça vous impose ça »*.

➤ **Angoisse de séparation et de mort**

Depuis l'annonce l'un des changements majeurs dans nos couples a été celui marqué par une angoisse constante de séparation et de mort reflétant ainsi le stress permanent dans lequel ils vivent. Ceci s'illustre chez Mr Takam lorsqu'il explique : *« Quand j'ai su que j'étais infecté, je voyais déjà ma mort prochaine...Maintenant quand les examens révèlent que je suis séropositif, je m'étais déjà préparé à toutes éventualités, je m'étais déjà dit dans ma tête que si je devais mourir ça veut dire que mes enfants resteront se débrouiller d'eux-mêmes, ma femme se débrouillera d'elle-même pour garder ces enfants...Tout ce qui focalisait mon attention c'est qu'il faut que je ... dans le sommeil... même dans le sommeil j'avais l'impression que j'écoutais mon corps pour ressentir de quel côté il va attaquer la mort, donc je cherchais par quel côté elle va commencer à entrer dans moi...*

Mme Takam ajoute : « *Avant d'aller... je crois c'était après, deux, trois, une semaine il me dit d'aller faire. Je lui dis je pars faire quoi ? Tu as c'est que j'ai, je pars faire quoi s'est fini nous sommes déjà morts c'est fini... En effet quand c'est arrivé la première chose que j'ai vu c'était la mort quand c'est arrivé j'ai vu que c'était la mort qui était devant moi. Puisque chaque jour, les minutes qui passaient je disais seulement... c'est-à-dire j'attendais seulement qu'on m'appelle pour me dire que ton mari est tombé il est mort voilà voilà voilà... »*

Chez le couple Simo la situation est presque similaire à la seule différence que l'angoisse de mort est peu dominante car chez eux c'est l'angoisse de séparation qui a été le plus exprimé dès l'annonce. Chez Mme Simo par exemple cela s'illustre lorsqu'elle dit : « *Ah comme tout le monde peut être quand on t'annonce une terrible nouvelle... Puisque dans ma tête je m'étais dit que c'était fini, puisque je l'avais parlé que je pense que (pleurs)... Oui il y'avait eu le premier jour comme je vous ai dit, parce que je l'avais annoncé en disant que je pense que c'est fini entre nous deux.*

5.2.4. LA MISE EN ŒUVRE D'UN TRAVAIL DU NEGATIF POUR LE REAMENAGEMENT PSYCHIQUE DU LIEN DES COUPLES SERODISCORDANTS

Lorsque la maladie survient dans la vie de nos couples, les conjoints la vive comme un changement brusque et décisif dans leurs vies entraînant ainsi un déséquilibre tant sur le plans physique, psychique et sociale à laquelle ils leurs faudra s'ajuster tant bien que mal. Ce choc reflétant la mise en mal de la structuration narcissique et du couple, traduit ainsi que le contrat fait défaut ou est défaillant. Cependant, force est de noter que le couple une fois formé a comme exigence de sauver le lien à l'autre, car il en va de la préservation narcissique de chacun des partenaires dans la mesure où l'autre est indispensable à sa survie psychique. Parlez ici du travail du négatif dans le réaménagement psychique du lien au travers de la mise en place des mécanismes de défenses permettra ainsi de mettre en évidence un fait qui est celui du maintien du lien de couple malgré la menace que représente-le VIH/SIDA. Ces mécanismes sont entre autres : la rationalisation, le désaveu, le rejet, la négation, la projection, l'intellectualisation, le déni et la sublimation.

Dans le registre des mécanismes de défense, on relève chez Mr Takam la mise en place de la sublimation. Ceci est perceptible dans son discours lorsqu'il dit « *J'ai décidé donc que même si je devais trépasser dans 10 ans faudrait quand même que je leur aie laissé quelque chose. C'est là que j'ai commencé à me battre, à travailler même les nuits mêmes les dimanches donc qu'il y'a à faire pour ramener 5 francs je n'hésite pas* ». Il ajoute « *Je ne comprends pas comment j'en suis arrivé là mais bon, comme dit le dicton tout ce que Dieu fais est bon. Ça m'a permis de voir les choses différemment et se dire que l'Homme propose, Dieu dispose c'est donc à ça que ça se résume* ».

Aussi nous relevons chez Mr Takam l'usage du désaveu lorsqu'il dit « *Et donc il m'arrivait des fois d'être loin de mon épouse, on pouvait m'envoyer très loin des fois, et parfois ne pouvant résister à la tentation j'ai dû me défouler...Et bon, maintenant la question elle est restée dans ma tête je suis seulement fatigué de la retourner sens dessus, sens dessous je n'ai jamais trouvé une réponse...je ne comprends pas comment j'en suis arrivé là* ». Par ailleurs ce dernier rend compte du déni lorsqu'il affirme : « *Quand j'ai su que j'étais infecté je voyais déjà ma mort prochaine bien que je ne souffrais pratiquement de rien* ». Mr Takam en dépit des symptômes évidents de toux, gorge sèche et soif constante use aussi du déni lorsqu'on lui annonce sa maladie, ceci est observable lorsqu'il dit « *C'est ça qu'il m'a dit tu es un homme ? je dis oui j'en suis un comme vous aussi okay vous êtes séropositif, je dis pardon, il me dit vous êtes séropositif. Je lui dis mais ça se voit dans les yeux ou...* »

Nous notons aussi chez Mr Takam l'usage du refoulement lorsqu'il dit : « *Tout ce qui focalisait mon attention c'est qu'il faut que je ... dans le sommeil ... même dans le sommeil j'avais l'impression que j'écoutais mon corps pour ressentir de quel côté il va attaquer la mort, donc je cherchais par quel côté elle va commencer à entrer dans moi* ».

Également nous relevons l'usage de la rationalisation lorsqu'il ajoute : « *Il m'arrivait des fois d'être loin de mon épouse, on pouvait m'envoyer très loin des fois, et parfois ne pouvant résister à la tentation j'ai dû me défouler Et je me donnais la peine de m'assurer qu'au moins la capote je dois l'avoir. Donc pour moi il n'était pas question de s'amuser sans se protéger et je ne redoutais rien parce que j'avais tellement confiance à mon épouse, je sais que jusqu'aujourd'hui depuis qu'elle m'a connu, elle n'a plus jamais connu personne d'autre ça je le sais. Je donnerai ma main à couper pour ça* »

Chez Mme Takam on relève aussi l'usage du déni lorsqu'elle s'exclame en ces termes suite à l'annonce : « *quand je me vois encore quand je pense à... je voulais pleurer... (elle s'exclame) ... ce n'est pas vrai, ça veut dire quoi, ne me dis pas ça, donc on va laisser les enfants ci à qui ? Et nos parents ne vivent même plus* ». Aussi cette dernière met en place l'intellectualisation lorsqu'elle dit « *Hum oui avant c'était ça on est allé et puis on était là, on était là on vivait bien bien et bon même quand c'est arrivé juste après je crois un mois le temps où je me morfondais, je pleurais et tout et tout le fait que j'allais à l'hôpital et je voyais aussi d'autres patients : je voyais comment donc les enfants, les jeunes, les amis, les grands, les les... j'ai compris que... Quand je suis arrivé là-bas avec les femmes et les hommes quand on causait tu vois une dire que je suis à ma cinquième année l'autre à ma dixième année. L'autre vingtième je dis ah j'étais étonné. On dit qu'il y'a même une de 30ans et qu'elle va bien ? Donc quand je voyais des gens passées je vois depuis 30 ans. Déjà même qu'à l'hôpital on nous conseillait, on nous disait, on nous conseillait oui, seulement s'il a les blessures, les boutons là il faut un peu peut-être mettre les gangs s'il faut avoir un contact et là aussi il doit se soigner surtout aussi pour ne pas être aussi contaminer. Mais s'il est bien là comme toi tu vas le fuir pourquoi et tout et tout...Donc c'est comme ça que moi j'ai pris ça, tout ce qu'on pouvait faire c'était qu'on s'amusait avec le préservatif comme on avait dit* ».

Elle rajoute et ceci pour rendre compte de la projection « *Donc c'est comme ça qu'on commence à appeler et tout et tout ah ce n'était pas facile parce que quand je pense encore à cette période et c'est comme ça que les autres venaient même on les consolait, je causais aussi avec eux. Oui on les consolait et tout et tout, les femmes, d'autres femmes disaient que mon mari m'a chassé, mon mari fait ci fait ça. C'est comme ça que je disais que... il y'avait même les hommes maries là on causait je disais que je suis venue c'est pour mon mari comme vous voyez je viens comme ça chercher pour mon mari. Comment tu peux être avec une femme la femme tombe malade et tu l'abandonne ? Ou bien c'est la femme qui laisse l'homme il part Non !!!* ».

Pour ce qui est du couple Simo, nous notons la mise en place du déni. Ceci est observable dans le discours de Mme Simo lorsqu'elle dit « *Ca n'a pas changé, c'est toujours comme ça a toujours été...Et avec ceci ça ne m'empêche rien.* ». Aussi elle sublimise lorsqu'elle ajoute « *Ah je n'ai rien à dire là-bas je ne sais pas quoi vous dire, je sais seulement que c'est Dieu qui est au control de ça, en dehors de ça je ne peux rien vous dire autre chose... Tu fais tes activités, tu fais tes petits trucs comme d'habitudes* » Par ailleurs cette dernière fait preuve d'intellectualisation lorsqu'elle affirme : « *Moi ce que je peux dire c'est qu'il faut juste être*

forte, ce n'est pas la fin du monde. Il y'a les maladies qui dépassent le SIDA quand tu prends bien tes médicaments tu peux vivre même jusqu'à ce que tes jours arrivent que Dieu eût mis que ça arrive or il y'a les maladies qu'en quelques minutes tu meurs. Il faut être courageuse ce n'est pas parce qu'on vous a dit que vous avez une maladie que vous devez vous suicidez. On se suicide surtout quand on est rejeté. Et quand on n'est pas rejeté bon tu remets entre les mains de Dieu, tu dis merci parce que tu pouvais prendre autre chose qu'on ne pouvait même rien faire ».

Mr Simo tout comme les autres use lui aussi des défenses lui permettant de se protéger de la souffrance psychique induite par la maladie. Toutefois ce qui spécifie ce dernier c'est l'usage du délire de persécution que nous avons pu observer lorsqu'il dit : *« C'est ce que je pense, ils ont versé ça pour automatiquement réduire la population africaine et en effet ils ont réussi. A l'heure actuelle, ils ont réussi parce que ce sont les millions de femmes qui sont mortes en Afrique... puisque je suis convaincu qu'on a même expliquer au chef de l'Etat que voilà ce que nous voulons, vos populations refusent de respecter le planning familial on va les faire respecter le planning familial par la mort, et voilà les chefs d'Etat d'une manière politique ils acceptent » ?*

Cette idée de persécution est aussi perceptible dans le discours de Mr Takam lorsqu'il dit *« Parce que ça m'avait fait que j'étais convaincu que c'est quelqu'un qui m'a lancé ça. Je ne savais pas que c'est le Zona je ne savais pas, ça m'a fait mal rien ne m'a jamais fait mal comme ça ».*

Au délire de persécution s'ajoute chez Mr Simo l'usage du déni lorsqu'il dit : *« La seule chose à laquelle on pense c'est l'éducation de notre enfant il faut payer l'école, il faut qu'il parte à l'école, il faut que d'une manière qu'une autre maladie ne puisse pas s'ajouter. Dire qu'il y'a eu un changement par rapport à notre vie, non on n'a pas trop changé même si vous demandez même aux gens le matin je pars j'ai fait au moins dix mois que je ne travaillais pas j'étais en congés mais j'étais ici tous les jours. Est-ce qu'il y'a alors un grand changement puisque par le passé on marchait ensemble, maintenant qu'il y'a la maladie on continue de marcher ensemble est ce qu'il y'a un changement ?».*

Il sublimise aussi lorsqu'il affirme : *« j'ai compris qu'on ne meurt pas par rapport à ce qu'on a dit, on meurt par la volonté de Dieu », « c'est la volonté de Dieu qui contrôle la vie », « bon c'est pour ça que je conclus comme ça mais ce qui me remonte c'est parce que je sais que c'est Dieu qui décide », « si Dieu a décidé que c'est par là ou tu vas partir, c'est par là ou tu vas partir », « mais quand vous êtes fort, vous dites bon si c'est ce que Dieu a décidé, si c'est ce que la nature a décidé vous devez vivre avec », « si Dieu ne vous a pas gardé ne vous a pas préservé de ça vous risquerez toujours tombes, vous allez tomber ».*

Ce dernier intellectualise également lorsqu'il dit : *« Donc il faut être c'est-à-dire dire que mieux ça qu'autre chose... c'est comme ça que j'ai pu surmonter ce problème c'est parce que j'ai dit mieux ça qu'autre chose, autre chose comme la folie, le cancer, l'éléphantiasis, mieux ça qu'autre chose ».* Il ajoute : *« Bon comme ce n'est pas à première fois que vous avez eu à voir les gens mourir de cette maladie, puisque j'ai même des collègues qui sont décédés de cette maladie, si vraiment quelqu'un est lié à vous, si vous avez en vous le sens humain ce n'est pas le moment que vous devez affaiblir quelqu'un parce qu'il est malade ».*

L'analyse des discours de nos deux couples nous montrent que, qu'il s'agisse du couple Takam ou du couple Simo, la mise en place des mécanismes de défenses est un impératif pour pouvoir supprimer en eux l'état de tension né des pulsions inconscientes qui les poussent à des pensées, des actions jugées inacceptables. En effet, nous pouvons dire que l'utilisation du déni par exemple par nos couples consistent pour eux à refuser la perception de la maladie et ceci en n'admettant pas ce qui a été perçu et la réalité qui a été perçu. La sublimation quant'à elle en raison de la gravité et la signification morbide du VIH/SIDA permet non plus de demeurer dans le schéma de la plainte, du jugement, du ressentiment mais plutôt de se rehausser et de s'adapter. En recourant à la spiritualité elle redonne ainsi à nos couples la force et l'espoir pour faire face à la maladie et à la souffrance qu'elle inflige.

5.2.5. UN APPUI SUR LES ETAYAGES MULTIPLES

En plus des mécanismes de défenses mis en place par les couples pour surmonter la crise, nous ressortons des verbatim de nos couples des éléments qui renseignent sur les étaies sur lesquelles ils s'appuient pour faire face à la maladie. En effet, l'étayage selon Freud aurait trois conceptions: premièrement, elle serait un « appui » d'une origine, ou encore d'un fondement de l'organisation psychique sur l'exercice des fonctions corporelles, deuxièmement, elle renverrait à une modélisation qui consiste à prendre exemple sur quelque chose (identifications), et troisièmement elle serait une reprise dans ce sens où deux ensembles communiquent à travers un espace agencé à cet effet et qui rend possible le passage d'un ordre ou d'un niveau à un autre.

En reprenant l'idée selon laquelle le psychisme humain possède un quadruple étayage, nous pouvons dire avec Kaës (2013) que la formation psychique est multi-étayée et que l'appui mutuel sur ses étais chez une personne ou un ensemble de personnes en occurrence le couple permet à ce dernier de surmonter la crise. Le principe de l'étayage ici est la mutualité (de telle sorte que ce qui s'appuie est en mesure de servir à son tour d'appui à ce qui soutient) qui n'est possible que s'il existe dans l'espace psychique un contrat d'étayage qui rend compte du rapport de réciprocité dans le plaisir et le bénéfice de l'appui mutuel. Lors de l'analyse de nos verbatim nous avons relevé chez nos couples un appui sur des étayages en rapport avec Soi, avec le groupe et les formations sociétales et culturelles.

➤ **Etayage sur Soi**

◆ **Espoir**

L'expérience de la maladie dans les couples entraîne un déséquilibre, une perte de sens et de liberté d'agir nécessitant ainsi la capacité de ces deniers à s'accrocher à un espoir des jours meilleurs. Cependant, cet espoir varie au fur et à mesure que la maladie évolue, passant de l'espoir en un miracle, à l'espoir de survie plus longtemps, à l'espoir de conserver une bonne qualité de vie, à l'espoir de pouvoir profiter du moment présent, à l'espoir d'avoir d'autres enfants et de pouvoir préparer sa fin.

L'analyse du discours de nos couples nous renseigne sur cet espoir lorsque Mme Takam dit : *« Oui surtout que quand il a guéri du Zona ça m'a réconforté. J'ai compris qu'il y'a espoir... Il est vrai que j'étais frustré j'étais timide, mais j'ai accepté parce que vu qu'il y'avait les enfants il y'avait aussi les enfants ».*

Et Mr Takam ajoute : « *Pour dire franchement quand j'ai appris que je suis malade j'ai perdu l'espoir pendant à peine une semaine le temps de savoir qu'elle est sauvée et plusieurs autres éléments qui s'ajoutent ça m'a ragaillardé.... C'est le fait de penser que mes enfants vont rester devenir quoi qu'est-ce qu'ils vont devenir. Jusqu'à ce que le résultat de leur mère sorte négatif ça augmente l'espoir en moi je dis que okay. Donc ça c'était un apport supplémentaire maintenant leur réussite scolaire est venue renforcer...Mais là où j'ai commencé vraiment à sentir que je prends le dessus sur la maladie c'est que j'ai vu ma fille évoluée à l'école. C'est donc à partir du succès des enfants que j'ai commencé à dépasser la maladie, j'ai commencé à me sentir au-dessus de cette maladie ».*

Pour le couple Simo, Mr Simo pense repose son espoir sur la bonne observance du traitement lorsqu'il dit : « *Mais heureusement à l'hôpital on a été rassuré que si elle prend bien son traitement et qu'on suit bien ensemble le nouveau protocole elle pourra encore enfanter sans problème comme beaucoup d'autres couples qu'on a pu voir à l'hôpital »* et Mme ajoute à cela : « *on espère que ma charge virale sera toujours indétectable et que je concevrai bientôt. Et surtout je prie tous les jours que Dieu me fasse la grâce d'avoir des enfants en bonne santé qui pourront jouer avec Jimi (le premier enfant) ».*

Les principales sources d'espoir seraient ainsi dans l'analyse de ces discours : la sérologie négative du partenaire, l'espoir dans la réussite et un avenir meilleur pour la progéniture et dans le traitement efficace pour s'accrocher à la vie.

♦ **Modération des jugements**

L'analyse du discours de Mr Simo montre qu'il n'est pas question de revenir sur cela car ce n'est pas important une fois que la maladie est là car cela n'aide pas mais plutôt ça aggrave la situation. Ceci est perceptible lorsqu'il dit : « *Et puis il n'y a pas trop à dire c'est la faute c'est parce que tu as fait telle chose. Parce que ça n'a pas exactement un compteur qui dit que c'est parce que tu es allé te coiffer que tu as contacté ou c'est parce que vous êtes allé au lit avec un autre. Rien n'indique clairement ce qui vous est arrivé. Donc ça peut vous arriver, ce n'est pas toujours parce que vous êtes allés dans le lit avec un homme ou avec une femme, ou parce que vous pouvez décidément aller vous coiffer ou utiliser la chose qui est déjà contaminé. Si c'est votre cas vous allez seulement souffrir de ça, si Dieu ne vous a pas gardé ne vous a pas préservé de ça vous risquerez toujours tombés, vous allez tomber. Voilà donc c'est de ça qu'il est question ».*

Bien que la connaissance des modes de transmission renseigne sur l'orientation que le couple donnera à la question du « comment » de l'infection, et que le réconfort mutuel arrive souvent à apaiser certains couples, la plupart ne peuvent s'empêcher de se demander comment la maladie a pu être contractée. Il y a d'abord ceux qui se posent cette question et continuent de se la poser après des mois et parfois des années depuis que la maladie est survenue, sans pouvoir se fixer sur une réponse précise. Une des raisons prédominantes est liée à la voie sexuelle dans la transmission du VIH, perception communément partagée par la majorité, conduisant ainsi à une tendance à écarter le plus souvent les autres possibilités de contamination.

On pourrait ainsi conclure sur la base de nos analyses des discours que face à la question des causes et conditions de contamination, nous couples s'appuient soit sur la religion, la rationalisation ou sur l'intellectualisation pour éviter le sujet et n'insistent donc pas pour trouver l'explication de la présence du virus dans le sang du partenaire infecté.

◆ **Nouvelle hygiène de vie**

Comme tout couple sérodiscordant, nos couples suivent désormais un mode de vie différent de par le passé car voulant maintenir cette discordance du statut sérologique ils sont obligés de respecter certaines règles incluant de nouveaux rôles et tâches. Au-delà ces couples en particulier et leurs familles en général devront être très regardant quant'à l'utilisation des objets souillés pour éviter toute contamination et pour les couples de manière spécifique devra être vigilant quant'à l'utilisation des préservatifs lors des relations intimes.

Par exemple dans le couple c'est Mme Takam qui est celle-là qui doit prendre les médicaments pour éviter que son mari ai des absences au travail ce qui peut avoir un impact sur son salaire. Ceci s'observe lorsqu'elle dit : « *Bon entre temps je crois qu'il est allé à l'hôpital je crois c'était une ou deux fois hein, le reste de temps c'est moi qui pars... Parce que je ne pars pas on va couper des heures d'absence* ». Elle ajoute aussi « *Tout ce qu'on pouvait faire c'était qu'on s'amusait (comme pour dire on avait des rapports sexuels protégés) avec le préservatif comme on avait dit ... Déjà même qu'à l'hôpital on nous conseillait, on nous disait, on nous conseillait oui ; seulement s'il a les blessures, les boutons là il faut un peu peut-être mettre les gangs s'il faut avoir un contact et là aussi il doit se soigner surtout aussi pour ne pas être aussi contaminer*

Du côté du couple Simo, Mr Simo explique que *« A l'hôpital on a été rassuré que si elle prend bien son traitement et qu'on suit bien ensemble le nouveau protocole elle pourra encore enfanter sans problème comme beaucoup d'autres couples qu'on a pu voir à l'hôpital »*.

➤ **Etayage sur les formations sociétales et culturelles**

◆ **Spiritualité**

Tout au long de notre analyse, nous avons noté que de même que le couple Takam, le couple Simo a mis en avant leur relation avec la religion pour donner une explication à leur vécu de la maladie, qui est selon eux un appui énorme pour faire face à la situation adverse et avancé car Dieu est pour eux celui qui a le dernier mot dans toutes situations de la vie.

La spiritualité du couple Simo est relevé dans leurs discours à travers la répétition des mots relatifs à la religion par exemple dans le discours de Mr Simo nous avons : *« j'ai compris qu'on ne meurt pas par rapport à ce qu'on a dit, on meurt par la volonté de Dieu », « c'est la volonté de Dieu qui contrôle la vie », « bon c'est pour ça que je conclus comme ça mais ce qui me remonte c'est parce que je sais que c'est Dieu qui décide », « si Dieu a décidé que c'est par là ou tu vas partir, c'est par là ou tu vas partir »*.

Dans celui de Mme Simo, on relève de son discours : *« je sais seulement que Dieu est au control de ça...Il y'a les maladies qui dépassent le SIDA, quand tu prends bien tes médicaments tu peux vivre même jusqu'à ce que tes jours arrivent que Dieu eût mis que ça arrive », « Et quand on n'est pas rejeté bon tu remets entre les mains de Dieu »*

Pour le couple Takam, la religion occupe aussi une place importante dans leur vie et dans le surpassement de cette situation de sérodiscordance. Ceci est perceptible chez Mme Takam lorsqu'elle dit : *« humm, c'était que s'il plait à Dieu j'allais trouver un Homme qui va m'aimer... »*

Et chez Mr Takam, on le relève lorsqu'il affirme que : *« Donc en tant que père de famille, il y'a beaucoup de choses que je n'ai pas faites mais d'autres que par la grâce de Dieu je les ai réalisés même de la manière que je ne pouvais pas estimer », « je ne comprends pas comment j'en suis arrivé là. Mais bon, comme dit le dicton « Tout ce que Dieu fait est bon » ça m'a permis de voir les choses différemment et se dire que l'Homme propose, Dieu dispose c'est donc à ça que ça se résume », « Au jour d'aujourd'hui si je suis encore là c'est que Dieu a accepté que je voie grandir mes enfants et ça pour moi c'est une motivation », « Quelque part dans mon... Dieu n'a pas accepté que le SIDA me tue, il n'a pas accepté de me voir perdre mon enfant je me suis battu »*,

Il ajoute pour rendre compte de la conversion religieuse de sa femme face à la maladie que : « *La maladie là m'a pris au moins 2 millions de francs mais si elle n'était pas battante comme elle l'est de chercher à gauche à droite elle s'est retrouvé comme elle t'a dit elle est réveillée qu'elle l'église du réveil* »

◆ **Le désir de voir les enfants réussir et d'en avoir de nouveaux**

Au sein du couple Simo on relève des éléments relatifs à un désir ardent de continuer à procréer malgré la survenue de la maladie. Ceci est perceptible chez Mme Simo lorsqu'elle dit : « *on espère que ma charge virale sera toujours indétectable et que je concevrai bientôt. Et surtout je prie tous les jours que Dieu me fasse la grâce d'avoir des enfants en bonne santé qui pourront jouer avec Jimi (leur premier enfant)* ».

Du côté du couple Takam, on relève une conception de la réussite des enfants comme source de motivation de Mr Takam lorsqu'il dit : « *A partir du moment que je sais que je ne le serai jamais, mais si je veux donner une quelconque chance à mon enfant d'atteindre ses ambitions il faut que je commence à penser à lui chaque jour de ma vie, pas seulement penser faire un geste. C'est donc à partir du succès des enfants que j'ai commencé à dépasser la maladie, j'ai commencé à me sentir au-dessus de cette maladie c'est-à-dire si aujourd'hui depuis le temps, depuis le jour où elle m'a attaqué là si elle était si forte que ça elle m'aurait déjà emporté. Au jour d'aujourd'hui si je suis encore là c'est que Dieu a accepté que je voie grandir mes enfants et ça pour moi c'est une motivation.* »

◆ **Etayage sur le groupe**

◆ **Le soutien familial**

Le réconfort familial est un facteur de protection très important dans le vécu des couples de la maladie à VIH/SIDA. L'analyse des discours de nos cas révèle que les familles ont été pour elles une source de réconfort. On relève ce soutien dans le discours de Mme Simo lorsqu'elle dit : « *Non je suis même plus honoré dans ma famille* ». Et Mr Simo ajoute « *Non mais sa famille, sa famille c'est une maladie familiale, c'est une maladie qu'on ne peut pas gérer seul sans toutefois dire à la famille* ».

◆ Le soutien du conjoint

En plus d'être un devoir moral pour certains il est impératif selon la loi que les couples mariés s'apportent assistance en cas de maladie. Selon Proia-Lelouey (2017), dans le sacrement du mariage, le troisième engagement est de se prendre comme époux/se « pour le meilleur et pour le pire », dans la richesse et la pauvreté, « dans la maladie et l'adversité ».

Chez Mr Takam, nous observons dans son discours des éléments renvoyant au réconfort vis-à-vis de sa conjointe lorsqu'il dit : *« Et l'une des choses, je crois que la première des choses qui m'a donné le moral c'est qu'elle m'avait toujours accepté comme si je ne souffrais de rien comme si rien ne c'était passer différemment dans notre vie ; Elle m'a tellement soutenue elle a commencé même à me concocter des plats spéciaux pour moi et grâce à son apport je me suis senti psychologiquement fort. Il rajoute « Pour moi, c'est l'avantage qu'on a d'avoir épousé une femme qu'on aime on se sent aimé, quand on se sent aimé c'est un médicament sans nom, quand on se sent aimé même malgré la maladie. Et Mme Takam ajoute « Maintenant quand c'est la maladie, c'est le meilleur et pour le pire ».*

Du côté du couple Simo, Mme Simo exprime le réconfort de son conjoint lorsqu'elle affirme : *« Ça n'a pas changé, c'est toujours comme ça a toujours été. Puisqu'il me soutient beaucoup je ne ressens pas, c'est juste un réconfort je suis à l'aise. Puisqu'il me soutient beaucoup je ne ressens pas. ».* Mr Simo pour sa part a su réconforter sa femme dès le jour de l'annonce lorsqu'il lui affirma : *« Mais comme je disais tant tôt qu'elle m'avait dit que le mariage est fini j'ai dit non moi je ne vois pas comme ça par contre je lui ai dit que si tu avais de mauvaises habitudes c'est là où tout s'arrête mais si c'est parce que tu es malade rien ne peut s'arrêter au contraire c'est moi qui dois te tenir la main »*

◆ Le pacte du couple autour de la maladie pour se protéger

Dans la société, la séropositivité et le sida continuent de résonner avec l'immoralité, la déraison, les prises de risque, la négligence du corps et bien entendu la mort. Ceci conduisant les personnes séropositives à craindre la réaction de l'autre si elles parlent de leur séropositivité. Elles anticipent les mots, les regards, les pensées comme autant de risques d'être blessées, abandonnées ou rejetées. Dans le couple Takam ce pacte est relevé dans le discours de Mme Takam lorsqu'elle explique : *« Asch c'est-à-dire quand les gens me regardaient (silence), Donc j'avais pris vraiment mon courage à deux mains comme on dit là, j'étais là et les enfants et jusqu'aujourd'hui aucun enfant ne connaît. Il était prêt un jour à dire j'ai dit que nooo laisse*

ne dis pas, si ce n'est pas moi il voulait même dire à ses gens j'ai dit non, tu vas dire ils vont faire quoi ? Ils vont enlever la maladie ? Va dire à ton docteur, si tu te sens autrement va dire à ton docteur dis-lui il va te dire le... tu vas les dire c'est comme ça que machin machin je ne veux pas.

Mr Takam rajoute pour exprimer comment la nouvelle était devenu le sujet de toutes les discussions lorsqu'il dit : « *C'était déjà devenu leurs sujets de commérages* ».

Du côté du couple Simo, le pacte est aussi sacré car comme l'explique Mr Simo : « *Bon sa famille mais par soucis de ne pas la frustrée dans ma famille. Je n'ai pas dit dans ma famille parce qu'en réalité c'est très compliqué de dire, mais c'est plus facile à sa famille. En tout cas chacun sait comment il protège sa personne. Voilà donc bon ma famille particulièrement ne..., c'est très difficile de leurs dire voilà. Mais sa famille j'ai alerté... mais pour ce qui me concerne, comme je vous disais tantôt je ne peux pas annoncer à tout le monde, ce n'est pas possible on ne le fait pas* ».

♦ **La conservation des rituels**

En plus de l'espoir, nous relevons dans les discours de nos couples des éléments relatifs à une amélioration du lien par le biais des rituels effectués par les partenaires pour démontrer le soutien de chacun d'eux. Ceci est perceptible dans le discours de Mr Simo lorsqu'il affirme : « *je deviens forcément très regardant sur la manière dont elle vit. Donc très regardant, il faut qu'elle mange, il faut qu'elle ne soit pas frustrée. Il ne faut pas qu'elle ait à se stresser donc je dois toujours être très prêt à l'aider qu'elle ne pense pas beaucoup. Parce que ça fait beaucoup pensé, donc nous vivons comme ça. Mais en ce qui concerne les projets rien n'a changé mais plutôt je deviens très regardant, regardant qui n'a rien à voir avec, je deviens très regardant vis-à-vis d'elle c'est-à-dire qu'il faut que je me rassure s'il n'y 'a aucun problème. Je dois me rassurer si elle n'est pas stressée, je dois me rassurer de regarder sa figure à tout moment pour savoir s'il y'a quelque chose qui, je peux même. Je deviens très regardant de telle manière que même s'il y'a un petit truc je suis déjà au courant avant qu'elle ne me le dise. Voilà c'est dans ce sens que je dis que je suis regardant, je suis devenu très regardant voilà* ».

Pour Mr Takam, on note cette amélioration du lien dans son discours lorsqu'il explique : « *Elle m'a tellement soutenue elle me concocte mes plats préférés et grâce à son apport je me suis senti psychologiquement fort* ».

L'analyse de ces verbatim laisse ainsi transparaître le fait que suite à l'annonce au couple, il va s'effectuer un changement car les deux conjoints vont devoir désormais gérer à deux le secret et masquer le stigmate qui menace l'identité individuelle de chacun et du couple. Le secret est ainsi gardé dans le couple Takam de même que dans le couple Simo dans le but de protéger les partenaires malades de la frustration externe que pourra engendrer le stigmate de l'environnement et constituera ainsi des étaies sur Soi pour surmonter la maladie en plus des étaies du groupe et des étaies des formations culturelles et sociétales.

CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION

Le présent chapitre est consacré à l'interprétation des résultats obtenus et à leur discussion. Dans ce chapitre, nous allons dans un premier temps faire la synthèse des résultats. Ensuite dans un second temps, nous les interpréterons à la lumière des théories sur lesquelles s'étaye notre étude. Enfin, une discussion au regard des recherches antérieures sera menée en faisant émerger des perspectives de l'étude.

6.1. SYNTHÈSE DES RESULTATS

Les résultats de notre étude ayant fait l'objet du chapitre précédent proviennent des données collectées au moyen de l'entretien semi-directif auprès de deux couples sérodiscordants rencontrés à l'Hôpital Central de Yaoundé. Il s'agit d'un homme de 45 ans et d'une femme de 43 ans pour le premier couple et d'un homme de 39ans et d'une femme de 35 ans pour le second. Ces couples ont fait tous les deux faces à la survenue du VIH chez l'un des partenaires. Ils ont été sélectionnés à partir des scores obtenus à l'issue de la passation de l'Echelle d'Ajustement Dyadique. Ces scores ont relevé respectivement un ajustement satisfaisant et très satisfaisant. Notre analyse thématique s'est effectuée au tour de quatre principaux thèmes. Il s'agit des alliances inconscientes du couple avant la survenue de la sérodiscordance, le vécu de l'annonce du statut, retentissement sur le narcissisme conjugal après la survenue de la sérodiscordance, la mise en œuvre du travail du négatif dans le réaménagement psychique du lien du couple.

Les couples Simo et Takam sont des couples qui de manière personnel et commune avaient des projets de vie, des ambitions, des visions de vie avant la survenue de la maladie. Une fois la maladie installée dans leur vie conjugale, ces derniers ont dans un premier temps fait face à un vécu douloureux de l'annonce marqué dans les verbatim de ces derniers par la présence des éléments relatifs aux idées de séparation et de mort imminente. Dans le même sens, on note aussi dans le discours de nos couples, la présence de thèmes relatifs au sentiment de désespoir, de tristesse, de persécution reflétant la situation de souffrance infligé par la maladie aux couples. Dans un second temps, il ressort de notre analyse les données liées au retentissement de la maladie sur le narcissisme conjugal. Cette analyse s'est ainsi faite sur la

sexualité du couple après la survenue de la maladie et l'angoisse de séparation. Dans un troisième temps, l'analyse des mécanismes de défenses mis en œuvre par nos couples a pu rendre compte du travail du négatif mise sur pied par nos couples pour se réaménager et s'adapter à la nouvelle situation avec plus de force et d'espoir et associés à cela un appui sur un ensemble d'étayages multiples.

En effet, les couples face à l'adversité que représente la survenue de la maladie d'un des conjoints ont su mettre en place des mécanismes et s'appuyer sur des étaies pour réaménager leurs liens leur permettant de les maintenir et de mieux les resserrer. Ceci est perceptible dans les discours des maris lorsque Mr Simo déclare : « *Au contraire ça nous a beaucoup lié, beaucoup lié* ». Et Mr Takam ajoute dans le même sens : « *la relation s'est bonifiée au contraire parce que pour moi j'ai pris désormais ça comme une épreuve qui est venue me montrer juste en mes yeux combien ma femme m'aime* ».

6.2. APPLICATION DE LA THEORIE DU LIEN (CONTRAT NARCISSIQUE) A LA COMPREHENSION DU REAMENAGEMENT DU LIEN CHEZ LES COUPLES SERODISCORDANTS

Le lien est envisagé selon Pichon-Rivière (1971 cités par Joubert 2003) comme « une structure complexe qui inclut le sujet, l'objet et leur mutuelle interaction à travers des processus de communication et d'apprentissages. Ces relations intersubjectives ont une dimension et elles s'établissent sur la base des besoins, fondement motivationnel du lien ».

C'est aussi selon Kaës (2010), « *ce qui lie plusieurs sujets entre eux dans un ensemble : il est irréductible à ses sujets constituants* ». Le lien renvoyant ainsi aux accordages psychiques qui permettent aux couples, familles et institutions de ne former qu'un. Et comme le souligne Kaës (2010) le sujet se manifeste et n'existe que grâce à sa relation à l'autre, le lien par-là, permet l'épanouissement du sujet.

Le lien permet ainsi au travers des alliances d'escompter des bénéfices tels qu'un investissement narcissique réciproque, une relation amoureuse suffisamment stable, une protection contre les dangers réels ou fantasmés, une jouissance qui ne peut être acquise qu'avec l'accord inconscient de l'autre. De ce qui précède nous pouvons ainsi dire que la mise en couple illustre le fait que le lien a pour fonction de lier deux conjoints permettant à chacun de se réaliser, de réaliser un but précis, d'assurer un intérêt commun nécessitant un engagement mutuel. Ces accords rendent les sujets de plus en plus proches et solidaires, permettant d'avoir l'enrichissement des partenaires (Kaës, 2009,2014).

Par ailleurs, Kaës (2009,2014) en s'intéressant à l'individu et aux individus mis ensemble et cette fois-ci en terme de groupe, aborde la question du contrat narcissique en nous montrant que dans la vie psychique, tout individu (nouveau-né) vient au monde dans un groupe où il est appelé à en devenir sujet en étant porteur d'une mission celle d'assurer la continuité du groupe et des générations successives, selon un mode particulier qui lui est assigné au terme d'un contrat relevant de l'économie narcissique. Selon l'auteur, le contrat prescrit les termes d'un échange en prescrivant une place pour le sujet dans l'ensemble (groupe) à la condition que ce sujet contribue à la continuité et à la conservation de l'ensemble (groupe). En d'autres termes, il assure dans le cadre de notre étude au conjoint en contre partie de son investissement du couple, « le droit à occuper une place indépendante du seul verdict parental » (Castoriadis-Aulagnier, 1975, p.189 cité par Kaës, 2009, 2014).

Ce contrat narcissique étant ce qui est au fondement de tout possible rapport sujet-société, individu – ensemble, discours singulier - référent culturel. Il rend possible que le sujet soit « à lui-même sa propre fin » et maillon, serviteur, héritier et bénéficiaire de l'ensemble dont il est membre.

Toutefois au moment d'un évènement particulier, que nous supposons anodin ou non ou encore lors des épreuves et étapes heureux ou malheureux potentiellement critiques et susceptibles de représenter des blessures narcissiques des deuils ou traumatismes dont le contenu latent va venir révéler la structure sous-jacente du couple il y'aura une mise en cause du contrat qui n'assurera pas au sujet , en contrepartie de son investissement du groupe, « le droit à occuper une place indépendante du seul verdict parental ». Ceci entraînant ainsi un retour du refoulé et ouvrant les conflits entre les exigences narcissiques du moi et celles de l'ensemble. Cela s'illustre selon Kaës (2014) par les achoppements du contrat narcissique qui rendent compte du fait que le sujet étant tenu, soutenu et quelquefois détenu dans un réseau de désirs dont il est l'objet ambigu ; s'il arrive que ces rêves, ces désirs ne se réalisent pas, il s'en suivra une blessure narcissique portée sur les autres membres du groupe. Le sujet devenant ainsi le dépositaire des parties non élaborées, négatives, des membres du groupe : le sujet « insuffisamment » bon dans la conjonction des narcissismes blessés et qui déçoit leur attente d'un membre qui soutiendrait leur narcissisme. Ainsi la difficulté pour les membres du lien de reconnaître à ce dernier l'identité qui les reconnaîtront comme des semblables entrainera une souffrance chez l'ensemble du groupe. (Aulagnier, 1975 cités par Kaës, 2014).

Dans le cadre de notre étude, la survenue de la maladie chez un des partenaires est vécue comme cette situation où la défaillance, la menace de rupture ou la rupture effective du contrat

narcissique confrontent à des expériences de déshérence et de déshéritage car la maladie grave qu'est le SIDA est vécu comme cette inquiétante étrangeté qui va venir mettre en mal le lien conjugal inscrivant ainsi le couple dans une de ces étapes de vie que Kaës nomme par « la crise ».

Selon Dupré Latour (2005) en ce qui concerne la crise dans les couples, l'une des étapes majeures dans la dynamique du lien conjugal sont « *les prémices de la crise* » qui constitue la création du symptôme couple en laissant place tout naturellement au moment de la crise à proprement parlé. De même, « la crise du couple » est considérée comme la deuxième phase que traverse le couple et qui se caractérise par non plus l'idéalisation comme à la première phase (lune de miel) mais plutôt par *la désillusion* (Smadja 2011). Elle renverrait aussi à des formes de crise de vie sur lesquelles une organisation psychique, mise en place et fondée sur l'utilisation de certains mécanismes de défenses ou d'aménagements, bute sur sa limite et la limite des systèmes de compensation que le sujet avait mis en place (Roussillon). Par ailleurs, perçue comme le « désamour » ou « la désillusion groupale », elle est vécue comme une « souffrance de l'appareil psychique conjugal dont l'interprétation est purement groupale (Ruffiot, 1984). Ainsi elle renverrait à une désillusion que Anzieu (1986b, 1996) a métaphorisée autour de la « *scène de ménage* ».

D'après Kaës (1979), la survenue de la maladie est à concevoir ici comme « *un changement brusque et décisif dans le cours d'un processus* ».

Toutefois, Kaës (2014) nous montre que même lorsque la structuration narcissique du sujet et de l'ensemble est mise en mal de par le fait que le contrat face défaut ou soit défaillant à l'adolescence notamment, mais plus généralement à toutes, les occasions d'un remaniement des fondements narcissiques du lien comme c'est le cas de la survenue de la sérodiscordance dans le couple, un écart se produit par rapport au contrat narcissique de base. C'est pourquoi, ce contrat narcissique étant un dispositif mis en place pour s'assurer que malgré le désir de meurtre suscité par les blessures, les déceptions et les souffrances infligées aux rêves de désir irréalisés par celui qui fut dès avant sa naissance, sa majesté le Bébé, porteur du narcissisme des parents, un héros et un imago de la perfection, qu'il n'y ai pas dérogement de la part des descendants.

C'est dans ce sens que Kaës (2009,2014) souligne que ce désir de meurtre de l'autre qui n'est pas seulement l'autre ni seulement un maillon qui assure la pérennité du groupe mais aussi un double, un intrus inquiétant, un étranger, entrainera l'angoisse devant l'inconnu et devant l'idée de son meurtre qui soutiendrait la part inconsciente du contrat et en constituerait le négatif : ne pas le tuer, ne pas en faire un étranger, donc un ennemi potentiel et devra ainsi par conséquent être refoulé. C'est la raison pour laquelle afin d'assurer sa fonction constante, qui est celle refoulant le contrat narcissique va au travers de l'idéal du moi exercé cette fonction sur chacun des membres du groupe. En même temps qu'elle assure le narcissisme des « petites différences », elle est une formation psychique commune et partagée qui oblige les sujets du contrat à en respecter les termes, au nom de l'idéal (Kaës, 2009,2014). En d'autres termes, il s'agira ici de refouler dans le contrat narcissique les composantes destructrices nées des conflits entre les représentants de ces pulsions (conflit entre la libido narcissique des pulsions qui s'attache aux investissements anti-narcissiques de l'ensemble de ses représentants) qui sont ici liées à la violence fondamentale décrite par Bergeret (1984) : « ou eux ou moi ».

En d'autres termes , le lien n'étant pas que le moyen et le lieu de réalisation des désirs des inconscients individuels et « de rêves de désirs irréalisés », mais qu'il est aussi le moyen et le lieu de l'expérience de la haine, de la destruction, de la mort, de l'impensable, de ce qui est nier ou dénier ; le négatif qui est considéré comme une composante constante dans les alliances inconscientes permet de penser le lien et l'alliance dans la dimension de ce qui fait défaut, de ce qui manque ou de ce qui est perdu, de ce qui défie la mort, de ce qui marque le lien sceau de l'impossible. C'est ainsi que le travail psychique du négatif ne peut être réalisé sans une alliance avec l'autre, avec plus d'un autre.

Ainsi, confronté à la maladie grave comme c'est le cas du VIH/SIDA dans notre étude, si on s'en tient à la théorie du contrat narcissique, un travail du négatif sera enclenché et consistera à la mise en place des défenses dont l'action principal sera de défendre le moi conjugal contre les attaques, souffrances et contraintes infligés aux couples suite à la survenue de la maladie. Vu sur cet angle, parmi les mécanismes de défenses les plus utilisés par nos participants nous avons entre autres : l'intellectualisation, la sublimation, le raisonnement, le déni, le désaveu, le rejet, et le refoulement.

De ce fait, l'interprétation de nos résultats rendent compte du fait qu'une fois la maladie survenue, les couples pour faire face à cette adversité, se réaménagent en faisant recours aux défenses inconscientes qui reposent sur le travail du négatif révélant ainsi leur capacité à faire face à la maladie et à maintenir le lien malgré tout.

6.3. DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE

Cette étude avait pour objectif d'appréhender comment s'effectue le réaménagement psychique du lien conjugal au sein d'un couple sérodiscordant. Les résultats obtenus et analysés laissent entrevoir que la survenue du VIH/SIDA dans la vie des couples entraîne multiples bouleversements dans leur vie tant sur le plan physique que psychologique. Cependant face à cette situation nouvelle, nos couples font preuve d'un réaménagement qui est marqué ici par la mise en œuvre des mécanismes de défenses participant à la diminution de l'angoisse chez ces derniers. C'est à partir de ces résultats que nous ferons une confrontation de nos résultats obtenus avec ceux obtenus dans les recherches antérieures. Cette confrontation se fera sur la base d'une comparaison qui permettra de faire ressortir les convergences et les divergences.

Nous organiserons cette discussion en trois points que sont : le couple avant la maladie, le vécu traumatique et le retentissement de la maladie dans le couple, la dynamique du travail du négatif et la parentification de la relation conjugale dans le réaménagement psychique du lien.

6.3.1. Le couple avant la maladie

Dans leur discours, nos couples illustrent leur vie avant la maladie en exprimant des projets personnels et partagés qui constituaient les fondements des alliances inconscientes du couple avant la survenue de la maladie. C'est le cas de Mr Takam lorsqu'il dit « *je lui ai promis un véhicule, une villa et un virement bancaire ce qui jusqu'aujourd'hui n'est pas encore arrivé non plus (Mr Takam sourit). Donc et forcément je me voyais Je nous voyais en couple véhiculé, dès qu'il est peut-être 11 heures je l'appelle je dis que chérie est ce que tu peux avoir le temps d'aller chercher les gosses à l'école ? Et si tu es occupé je vais le faire. Donc je nous voyais comme ça quoi, toujours la main dans la main, partout on ira ensemble et qu'on méritait d'être trop attirant* ».

Ainsi, en ce qui concerne le vécu des couples nos travaux vont dans le même sens que Kaës (2014) qui met en exergue le fait que le lien conjugal comme tout autre lien permet à chacun des partenaires d'investir l'autre et de se projeter avec lui car au travers des alliances inconscientes mis en place, les partenaires escomptent des bénéfices tels qu'un investissement narcissique réciproque, une relation amoureuse stable, une protection contre les dégâts réels ou fantasmé, une jouissance qui ne peut être acquise qu'avec l'accord inconsciente de l'autre.

De même nos travaux vont dans le même sens que Benhaim (2013) qui en reprenant Anzieu (1981) lorsqu'il pense le groupe, nous renseigne sur le fait que le couple constitue dès sa constitution un lieu d'accomplissement imaginaire des désirs et de menaces.

6.3.2. Le vécu et le retentissement de la maladie dans le couple sérodiscordant

La survenue de la maladie chez nos couples laisse transparaître dans leurs discours un vécu traumatique de l'annonce, illustré par des idées de séparation jusqu'à des idées de morts imminentes ceci étant perceptible par la fréquence ou la récurrence dans le discours de nos couples des termes telles que « *c'est fini entre nous deux* », « *c'est fini* », « *nous sommes déjà mort* », « *je vais décéder* », « *je vais trépasser* », « *quelle fatalité !!!* ». Aussi, nous percevons dans les discours de nos couples des expressions relatives à des sentiments de désespoir, de tristesse, de persécution, de culpabilité et d'angoisse de mort constante. De même, nous relevons une peur constante marqué par l'incertitude face à l'avenir du conjoint et des enfants. Au-delà de cela on note un sentiment de trahison quant'à l'adultère de Mr Takam qui laisse des traces dans la vie du couple. Ainsi, nos résultats vont dans le même sens que ceux des travaux de Marin (2017) qui pense qu'une fois la maladie installée, le couple, autrefois lieu de refuge et de réassurance, peut devenir sidérant, inquiétant, étouffant. Impossible alors, pour celui qui peut-être va mourir et celui qui est en santé de s'appuyer l'un sur l'autre., De même, la maladie grave provoque forcément une évolution du couple, qui peut aller de l'étayage mutuel dans la relation d'aide et d'amour, à la rupture la plus radicale, à la mise à distance et au deuil anticipé du conjoint et du couple. (Marin, 2017). Dans le même sens Winnicott (1962/1989), pense que la survenue de la maladie chronique vient rompre l'illusion d'immortalité et démailler, dans une brutalité inouïe, le sentiment de continuité d'existence. Et à Deschamps (1997/2000) d'ajouter que la maladie grave va ainsi provoquer une rupture de la continuité vitale de la personne atteinte. Par ailleurs l'annonce va aussi toucher le conjoint ou la conjointe, provoquant un vécu de perte imminente, un sentiment d'abandon, voire de trahison. Parallèlement au vécu de perte, émerge de la culpabilité face au sentiment de ne pas avoir su protéger le conjoint malade (Seigneur, 2004).

Dans le même cours d'idées pour Thibault (2006), les personnes vivant avec le VIH sont confrontées à de nombreux problèmes psychologiques qui sont essentiellement en rapport avec l'efficacité du traitement, l'évolution de la maladie, l'incertitude quant à l'avenir, la vie sociale et professionnelle, la sexualité et la vie du couple. De même, Williams (2006), montre que les sentiments de désespoir et d'incertitude par rapport à une maladie chronique et évolutive sont à l'origine de la détresse psychologique.

La survenue de la maladie est également vécue comme une souffrance au travers des exigences qu'elle impose aux couples car ces derniers sont obligés de se soumettre à un protocole pour éviter de transmettre l'infection au partenaire séronégatif entraînant ainsi un mal être chez ces derniers marquant ainsi l'expérience traumatique représentée par un déséquilibre de l'intimité initiale du couple. Par ailleurs ces résultats tout comme ceux de Ruffiot (1984) illustrent le fait que la maladie va toucher le couple dans ses composantes corporelle-sexuelle et psychique provoquant ainsi une rupture de l'enveloppe du groupe conjugal en mettant à mal le corps du couple. Dans le même sens, les travaux de certains auteurs tels que Desclaux, (2002) Mimché, Yebga et Abega (2007) montrent à suffisance que hormis les manifestations psychologiques d'autres problèmes d'ordre psychosociaux se posent après le diagnostic du VIH engendrant pour la plupart par les pressions qu'exerce l'environnement social sur la vie des infectés, les ruptures des relations affectives et sexuelles, les problèmes de couple et de procréation. Dans le vécu et le retentissement de la maladie il ressort aussi des discours de nos couples que le réconfort familial et le réconfort conjugal sont des facteurs de protection très importants dans le vécu des couples de la maladie à VIH/SIDA. C'est dans ce même sens que certains auteurs ont inscrits leurs travaux. Ainsi dans le même sens, Marin (2017) relève que la plupart des personnes vont prendre connaissance de leur maladie en présence de leur conjoint. Et ce conjoint apparaît fréquemment comme la principale source de soutien dans la lutte contre la maladie (Glasdam et coll, 1996) car la maladie grave retentit non seulement sur le soma du malade mais aussi sur son psychisme et celui de son entourage (Nguimfack, 2016). Aussi selon Traoré (2006), le partenaire séronégatif va alors pouvoir assurer un rôle de soutien dans la lutte contre la maladie. Dans le même sens en plus d'être un devoir moral pour certains il est impératif selon la loi que les couples mariés s'apportent assistance en cas de maladie. Ainsi, dans le sacrement du mariage, le troisième engagement est de se prendre comme époux/se « pour le meilleur et pour le pire », dans la richesse et la pauvreté, « dans la maladie et l'adversité ». (Proia-Lelouey, 2017).

Les discours de nos couples laissent aussi transparaître le fait que les couples gardent secret la maladie dans le but de protéger les partenaires malades de la frustration externe que

pourra engendrer le stigmatisme de l'environnement. Ces résultats vont ainsi dans le même sens que Traoré (2006) qui pense que suite à l'annonce au couple, il va s'effectuer un changement car les deux conjoints vont devoir désormais gérer à deux le secret et masquer le stigmatisme qui menace l'identité individuelle de chacun et du couple. Dans le même courant d'idée, Coulibaly (2006) met en exergue un aspect lié à la stigmatisation que peut engendrer le nouveau statut du conjoint, dans le monde commun conjugal et du rôle de la conversation conjugale et du discours du spécialiste pour canaliser le partenaire séronégatif afin d'éviter la destruction de la relation conjugale. Dans le même sens, selon Michael et Czerny (2006), La souffrance psychique est marquée d'autant plus que l'un des modes de transmission du sida (les rapports sexuels) est frappé de tabou et de honte dans certaines cultures. Dans la même suite d'idée, l'exclusion, la stigmatisation et les clichés négatifs associés à cette infection contribuent également à augmenter le stress psychologique chez les personnes atteintes pouvant justifier la mise en secret de la part des couples. (Aggleton, 2002 ; ONUSIDA, 2005).

6.3.3. La dynamique du travail du négatif

L'analyse des discours, met en évidence chez nos couples Takam et Simo, la mise en place des mécanismes de défenses tels que la rationalisation, le déni, la sublimation, le rejet, l'intellectualisation, rendant compte d'un besoin chez ces derniers de supprimer en eux l'état de tension né des pulsions inconscientes qui les poussent à des pensées, des actions jugées inacceptables. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Phaneuf (2005) lorsqu'elle montre que la maladie est vécue comme une atteinte pour l'intégrité du malade, une limite à sa vie et qui entraîne une rupture de son équilibre physique et psychologique et social à laquelle il faut s'ajuster. Et selon l'auteure, cette adaptation nécessite une grande dose d'énergie qui déclenchera la mise en place de mécanismes de défenses protecteurs, parfois nocifs ou de mécanismes d'adaptations plus sains.

6.3.4. La place des étayages multiples

En plus des mécanismes de défenses, nous relevons dans les discours de nos couples des thèmes relatifs aux supports d'étayages que Kaës nomme d'étayages multiples telles que les étayages sur le Soi, les étayages sur le groupe et les étayages sur les fonctions culturelles et sociétales. Et nos résultats vont ainsi dans le sens de Kaës (2013) dans la mesure où nous relevons chez nos couples une tendance à s'appuyer sur ces étaies pour se motiver et surmonter la crise et ces résultats vont au-delà car ils montrent que en plus d'étayages classiques, nos couples s'appuient aussi sur les éléments tels que la conservation des rituels du couple par le biais des attentions particulières accordés aux partenaires respectifs pour démontrer le soutien

de chacun d'eux, les rôles dans lesquels les individus sont engagés qui changent et favorise une gestion plus intime de la maladie ou du stigmat. De même, nous avons relevé comme autres éléments d'étaie la motivation née de la réussite des enfants et le désir ardent de continuer à procréer malgré la survenue de la maladie. Ceci est perceptible chez Mme Simo lorsqu'elle dit : « *on espère que ma charge virale sera toujours indétectable et que je concevrai bientôt. Et surtout je prie tous les jours que Dieu me fasse la grâce d'avoir des enfants en bonne santé qui pourront jouer avec Jimi (leur premier enfant)* ». Ces résultats allant dans le même sens que Delor (1997) qui pense que, le désir d'enfants est à percevoir ici comme une mesure réparatrice qui sera suscité par la blessure ou la réduction identitaire insupportable né de l'interdiction causé par l'annonce de la séropositivité.

6.4. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES

En Afrique en général et au Cameroun en particulier, les connaissances sur le VIH/SIDA bien qu'ayant évolués grâce aux recherches scientifiques continue malheureusement de laisser dans les pensées et les représentations que ce soient des individus infectés que ceux qui ne le sont pas une trace de négatif ceci se justifiant par le vécu douloureux qu'elle suscite dès son annonce. Cependant, dans le cadre de cette étude, une catégorie spéciale a été abordé celle des couples sérodiscordants qui font face à la maladie quelques années après la mise en couple exprimant ainsi un ensemble de souffrances qu'il faudra gérer à deux. Cette étude contribue ainsi à montrer les difficultés auxquelles font face cette fois ci, non plus seulement le séropositif mais le couple ayant en son sein un partenaire séropositif, et un autre séronégatif.

Comme perspectives, ce mémoire contribue dans l'accompagnement psychologique des couples à la suite de l'annonce du statut VIH positif de l'un des partenaires. Aussi, ces résultats pourraient être utilisés dans les phases de counseling pré-test et post-test lors du dépistage du VIH des populations en général et des couples en particulier.

Comme autre perspective, les résultats de cette étude gagneraient à être intégré dans les campagnes de sensibilisation des populations sur les possibilités qu'ont les couples de maintenir leurs relations même ayant des statuts sérologiques divergents en s'appuyant ici sur les facteurs relever chez nos couples leur ayant permis de surmonter et dépasser la crise. De même, elle permettra de capaciter les individus pour l'annonce du statut au partenaire favorisant ainsi la réduction de la propagation de cette pandémie.

En outre au travers de cette recherche nous espérons apporter notre modeste contribution dans la compréhension des mécanismes mis en jeu par le couple afin de surmonter le traumatisme lié à la sérodiscordance. Se faisant, au travers de cette étude nous avons explorer le vécu du couple et des éléments inconscients qui permettent à ce dernier de faire face à cette situation étrangère qui constitue la survenue du VIH/SIDA chez un des partenaires. De même par l'entremise des mécanismes de défenses mis sur pied lors d'un travail du négatif nous avons pu relever que le couple face à la maladie s'est retrouvé plus soudé. Cette recherche a étudié comment le travail du négatif participe au réaménagement psychique du lien chez les couples sérodiscordants. Elle a pu ainsi, mettre en évidence le rôle joué par les mécanismes de défenses et les étaies multiples dans ce réaménagement permettant aux couples de supprimer la tension née des conflits issus de la souffrance psychique induite par la survenue du VIH chez un des partenaires.

Dans l'optique d'explorer encore ce vécu de la maladie grave au sein des couples lorsque la maladie survient après la rencontre, nous avons comme perspective de mener dans un long terme une étude sur le vécu des partenaires des malades en tant qu'aidant et sur la prise en charge du « couple » du patient. Ceci dans le but d'identifier les situations à risque et œuvrer pour non plus la prise en charge de la maladie seule mais aussi du couple du malade.

CONCLUSION

Ce travail de recherche s'intitule « *Travail du négatif et réaménagement psychique du lien au sein du couple sérodiscordant : étude de cas* ». S'inscrivant dans le champ de la psychopathologie et clinique, il a été question ici d'explorer le vécu des couples lorsque l'un des partenaires est atteint du VIH/SIDA. La spécificité de nos couples reposant sur le fait que la maladie du conjoint soit arrivée après leur rencontre permettant de rendre compte des bouleversements et changements profonds dans leurs rapports avec leur corps, leur temps et la mort ainsi des remaniements dont le couple n'était plus à l'abri. Dans ce sens, notre objectif a été d'appréhender le réaménagement psychique du lien conjugal au travers du travail du négatif mis en œuvre par le couple face à la crise. Cet objectif, découlait de la question de recherche suivante : « *comment le travail du négatif œuvre-t-il pour le réaménagement psychique du lien conjugal dans le couple sérodiscordant ?* ». En s'inscrivant dans l'approche psychanalytique et plus précisément sur la théorie du contrat narcissique de Kaës, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle « *au sein du couple sérodiscordant, le travail du négatif œuvre pour le réaménagement psychique du lien conjugal au travers de la mise en place des mécanismes de défenses associés à des étayages multiples* ».

Afin de mieux maîtriser la thématique, il a été question pour nous par la suite de faire une revue de la littérature pour mieux s'imprégner de cette dernière. Cette revue de littérature s'est faite autour des principales notions : tout d'abord de VIH/SIDA, ensuite de couple, de sérodiscordance, de lien, de travail du négatif et enfin de réaménagement psychique. L'état des lieux sur la notion de couple a révélé qu'il s'agit d'un concept à définition diversifié de nos jours c'est pourquoi celle que nous avons retenue dans le cadre de cette étude est celle de (Maestre, 2009). Cette conception diversifiée du couple a ainsi donné place à la présence de différentes définitions du couple, de différentes typologies et formes conjugales, et enfin de plusieurs fonctions de celui-ci. Cet état des lieux s'est poursuivi par une revue sur la notion de VIH/SIDA : de son historique, ses phases, ses modes de transmission, et son évolution, à son étiologie, ses caractéristiques en passant par son évaluation, son diagnostic, sa classification, son traitement et sa prévention et enfin sa conception anthropologique en Afrique et ses facteurs de propagation. Nous avons clôturé ce chapitre en mettant en avant les facteurs de propagation

de la sérodiscordance et les états des lieux sur le réaménagement psychique. Suite à cette revue, nous avons investiguer sur les apports théoriques qui nous permettraient de mieux expliquer notre phénomène étudié.

Au chapitre troisième nous avons ainsi, appréhendé le lien selon trois approches théoriques principales que sont l'approche développemental, l'approche systémique et l'approche psychanalytique. Nous avons abordé le lien sous la conception première de Bowlby (1978) complété par Merinfeld (2005) et de Zeifman et Hazan (1997). De cette approche, il est ressorti que, la constitution du couple dans une approche développementale est le résultat d'un long processus qui débute dès les premiers mois de la naissance d'un individu en suivant ses étapes propres. Avec des auteurs tels que Bertalanffy (1947), Planson (2014) et Falicov (1988), il est ressorti de la théorie systémique que le couple est un groupe naturel, une unité biopsychosociale marqué par des interactions et des communications particulières. Et afin la théorie offrant le meilleur cadre pour la compréhension du phénomène exploré a été celui de Kaës (2014) qui nous a permis de rendre compte du maintien du lien dans le couple en relation avec le travail du négatif, face à la situation aversive caractérisé ici par la survenue du VIH/SIDA chez l'un des partenaires.

Dans le souci d'atteindre notre objectif, nous avons fait usage de la méthode clinique, notamment de l'étude de cas. Ce choix se justifie tout simplement par le fait que cette méthode nous a permis de faire une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. Suite à l'application de nos critères d'inclusion et d'exclusion, deux cas ont été retenus sur l'ensemble des cas sélectionnés à l'HCY. Il s'agit du couple Simo et du couple Takam présentant chacun un score élevé à l'échelle d'ajustement dyadique de Spanier (1976) version française abrégée. Les données brutes une fois collectées par le moyen des entretiens semi-directifs ont fait par la suite objet d'une analyse de contenu thématique axée sur le repérage des thèmes significatifs.

Suite à cette analyse, il ressort des résultats que, nos deux couples qui avaient des projets et ambitions, face à la survenue brusque et inopinée de la maladie grave qu'est le VIH/SIDA chez un des conjoints, ont premièrement fait face à un vécu traumatique de l'annonce marqué dans les verbatim de ces derniers par la présence des éléments relatifs aux idées de séparation et de mort imminente. Dans le même sens, on note aussi dans le discours de nos couples, la présence de thèmes relatifs au sentiment de désespoir, de tristesse, de persécution reflétant la situation de souffrance infligé par la maladie aux couples. Dans un second temps, il ressort de notre analyse les données liées au retentissement de la maladie sur le narcissisme conjugal.

Cette analyse s'est ainsi faite sur la sexualité du couple après la survenue de la maladie, le réconfort du conjoint, l'angoisse de séparation, le réconfort familial, le pacte du couple autour de la maladie pour se protéger. Dans un troisième temps, l'analyse des mécanismes de défenses mis en œuvre par nos couples a pu rendre compte du travail du négatif mis sur pied par nos couples pour se réaménager et s'adapter à la nouvelle situation avec plus de force et d'espoir.

À chaque articulation de ce troisième temps, il ressort clairement des verbatim des conjoints, le retenti du réaménagement du contrat narcissique de base établi au moment de la rencontre amoureuse sur la dynamique du nouveau lien. Dans ce sens, face à l'adversité qu'a représentée la survenue du VIH/SIDA chez l'un des partenaires, les couples Simo et Takam ont su mobiliser des mécanismes pour se réaménager leur permettant ainsi de maintenir leurs liens et de mieux les resserrer. Ils déclarent ainsi suite à cette expérience : « *Au contraire ça nous a beaucoup lié, beaucoup lié* », « *la relation s'est bonifiée au contraire parce que pour moi j'ai pris désormais ça comme une épreuve qui est venue me montrer juste en mes yeux combien ma femme m'aime* ».

Ces résultats interprétés à la lumière de la théorie du contrat narcissique de Kaës mettent en évidence la fonction du travail du négatif dans le réaménagement psychique du lien. En effet, une fois la maladie survenue, les couples pour faire face à cette adversité, se réaménagent en faisant recours aux défenses inconscientes qui reposent sur le travail du négatif et dont l'action principal est de défendre le moi conjugal contre les attaques, souffrances et contraintes infligés aux couples révélant ainsi leur capacité à faire face à la maladie et à maintenir le lien. Par ailleurs la mise en sens de cette souffrance par l'entremise du travail du négatif permet ainsi de donner un nouvel élan au réaménagement psychique du lien dans les couples sérodiscordants et dans ce sens démontre toute la pertinence de notre hypothèse de recherche.

Comme perspective, dans un souci d'explorer le vécu des couples face à la survenue d'une maladie grave, nous envisageons de mener une étude sur le long terme sur le vécu des partenaires des malades en tant qu'aidant et sur la prise en charge du « couple » du patient dans un but d'avoir une maîtrise à la fois individuelle et groupale du lien intersubjectif propre à l'approche psychanalytique groupale dans laquelle on s'inscrit.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aggleton, J.P., & Pearce, J.M. (2002). Systèmes neuronaux sous-jacents à la mémoire épisodique : aperçu de la recherche animale. Dans A. Baddeley ; J.P. Aggleton et M.A. Conway (dirs) ; *Mémoire épisodique : Nouvelles orientations de la recherche*, 204-231. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198508809.003/0012>
- Albernhe, K., & Albernhe, T. (2008). *Pratiques en psychothérapie : Applications en thérapie familiale systémique*. (2^e ed). Elsevier-MASSON.
- Anzieu, D. (1971). L'illusion groupale. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, (4), 73-93.
- Anzieu, D. (1981). *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*, Dunod
- Anzieu, D. (1986). Introduction à l'étude des fonctions du moi-peau dans le couple. *Gruppo, Revue de psychanalyse*, 2, 75-82.
- Anzieu, D. (1986). La scène de ménage. *Nouvelle Revue de psychanalyse*, (33).
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation : du pictogramme à l'énoncé*. PUF
- Aulagnier, P. (2009). *Les destins du plaisir*. PUF.
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Echelle d'ajustement dyadique. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 18(1), 25-34.
- Benhaim, D. (2013). La crise de couple. De l'amour au désamour. *La crisis de pareja I*(13).
- Bion, W.R. (1959). Attaques contre les liens. *Nouvelle Revue de psychanalyse*, (25), 285-298.
- Blanchet, M.(2018). L'accompagnement post-diagnostic des maladies d'Alzheimer. *Gérontologie et société* 155(40), 167-181.

- Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue Française de psychanalyse* 66(3), 745-757
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss : Attachement*. Hogarth Press.
- Caillot, J.-P., & Decherf, G. (1989). *Psychanalyse du couple et de la famille*. A.Psy.G.
- Collerette, P. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Coquery-Vidrovitch, C. & Lassagne, A. (2005). *Le Congo au temps des grandes compagnies concessionnaires 1898-1930*. L'été des hautes études en sciences sociales.
- Cornu, G. (2014). *Vocabulaire Juridique*, (10^e ed). PUF.
- Coutin, O., (2018). *Vécu de l'annonce de la maladie grave par le patient à la reunion: etude qualitative*[Thèse de doctorat, Université de Bordeaux]
- Crocq, M.A., Guelfi, J.D., Boyer, P., Pull, C., & Pull-Erpelding, M.C. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e ed). Elsevier-Masson.
<http://doctidoc2.blogspot.com>
- David, C., (1971). *L'état amoureux : essais psychanalytiques*. Payot & Rivages.
- Debret, J. (2020). *Les normes APA françaises : Guide officiel de Scribbr basé sur la septième édition (2019) des normes APA*. Scribbr. <https://www.scribbr.fr/manuel-normes-apa>
- Delor, F. (1997). Vie sexuelle des personnes atteintes, sérodiscordance et risque du SIDA in ANRS (dir.), *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH* (85-10). Collection sciences sociales et SIDA.
- Derzelle, M. (2003). Temps, identité, cancer. *Cliniques méditerranéennes*, 2(68), 233-243.
<https://doi.org/10.3917/cm.068.0233>
- Desgrées du Loû A. (2005). Le couple face au VIH/sida en Afrique sub-saharienne : Information du partenaire, sexualité et procréation. *Population* 3(60), 221-242.

- Desmarais, C., Dubouloy, M. (2010). Une double grille d'analyse pour évaluer les situations de cadres en difficultés du contrat psychologique au contrat narcissique. *Nouvelle Revue de psychosociologie*, 2(10), 223-242. <https://doi.org/10.3917/nrp.010.0223>
- Dupré la Tour, M. (2005). *Les crises du couple : Leur fonction et leur dépassement*. ERES
- Dupré la Tour, M. (2005). Qu'est-ce qu'un couple ? *Leur fonction et leur dépassement*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.dupre.2005.01>
- Dupré la Tour, M. (2011). Le narcissisme et l'objectal en thérapie de couple. *Dialogue*, 2(192), 109-122. <https://doi.org/10.3917/dia.192.0109>
- Eiguer et al. (1991). *La thérapie psychanalytique du couple*. Collection inconscient et culture, Dunod
- Eiguer, A. (1983). *Un divan pour la famille*. Le centurion.
- Eiguer, A. (1984). *Le lien d'alliance, la psychanalyse et la thérapie de couple*. Dunod.
- Erikson, E. (1968). *Adolescence et crise : la quête de l'identité*. Flammarion.
- Favez, N. (2013). La transition à la parentalité et les réaménagements de la relation de couple. *Dialogue*, 1(199), 73-83. <https://doi.org/10.3917/dia.199.0073>
- Foulkes, S.H., & Anthony, E.J. (1957). *Group psychotherapy : the psychoanalytic approach*. Penguin Books.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Connaissance de l'inconscient, Editions Gallimard.
- Freud, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme* in *La vie sexuelle*. PUF
- Freud, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme*. PUF.
- Freud, S. (1921). *Psychologie des masses et analyse du moi*, chapitre VIII, in *Œuvres complètes*. Tome XVI, PUF
- Freud, S., & Jankélévitch, S. (2009). *Totem et tabou*. Payot & Rivages.

- Gaimard, M. (2011). Population et santé dans les pays en développement. *Populations*, 55(156), 304. ISBN : 978-2-296-56316-2
- Girard, P.M., Katlama, C., & Pialoux, G. (2007). *VIH*, Doin, Rueil-Malmaison.
- Giraud, C. (2006). Le stigmatisme de la séropositivité dans la vie conjugale des couples sérodiscordants. *Sciences sociale et santé*, 2(24), 69-74.
<https://doi.org/10.3917/sss.242.0069>
- Gokaba, J.-M. (2020). *Sérologie discordante du VIH/SIDA et vie des couples en République du Congo : profil sociodémographique, comportements, facteurs de survie et prise en charge* [Thèse de doctorat, Université de Bourgogne Franche-Comté]. Theses.fr.
<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03160588>
- Goula, T.B. (2018). *Sentiment de vulnérabilité post traumatique chez les accidentés graves de la route et lien à l'autre* [Mémoire de master, Université de Yaoundé I].
- Guéguen, C. (2017). *Métamorphoses conjugales et périnatales : L'arrivée d'un premier enfant au sein du couple* [Thèse de doctorat, Université Paris Descartes].
- Guillaumin, J. (1979). *Crise, rupture, dépassement*. Dunod
- Javaugue, F.C. (2014). *VIH : les virus et le nouveau visage moléculaire de la pandémie*. Hermann.
- Joubert, C. (2003). Les fonctionnements régressifs du lien de couple, ou du collage à la rupture. *Dialogue*, 3(161), 105-117. <https://doi.org/10.3917/dia.161.0105>
- Joubert, C., & Durastante, R. (2008) Le cadre en tiulage : place et reconnaissance de l'adolescent en famille. *Divan familial*, 2(21), 67-80. DOI 10.3917/difa.021.0067
- Kabamba, M.N. (2004). *Connaissances, attitudes et pratiques en matière de VIH / SIDA à Lubumbashi* [Mémoire de Master, Université Simon Kimbangu].
<https://www.memoireonline.com/12/07/827/connaissances-attitudes-pratiques-vih-sida-lubumbashi-html>

- Kaës, R. (1979). *Crise, rupture et dépassement*. Dunod.
- Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe*. Dunod.
- Kaës, R. (2007). *Un singulier pluriel*. Dunod
- Kaës, R. (2010). Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes. *Cahiers de psychologie clinique*, 1(34), 13-40. <https://doi.org/10.3917/cpc.034.0013>
- Kaës,R.(2014).*Les alliances inconscientes*. Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.kaës.2014.01>
- Keele, B. F., Van Heuverswyn, F., & Hahn, H.B. (2006). Les chimpanzés réservoirs de VIH-1 pandémique et non pandémique. *Science*, 313(5786), 523-526.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF.
- Leclercq, P., Roudière, L., & Viard, J.-P. (2004). Complications graves des traitements antirétroviraux. *Réanimation*, 13(3), 238-248. <https://doi:10.1016/j.reaurg.2004.02.010>
- Lemaire, J. G. (1979). *Le couple, sa vie, sa mort : la structuration du couple humain*. Payot.
- Lemaire, J-G (1979). *Le couple : sa vie, sa mort*. Payot
- Maestre, M. (2009). Le couple dans tous ses états. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1(42), 67-86. <https://doi.org/10.3917/ctf.042.0067>
- Marin, C. (2017). Editorial. L'énigme du couple. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 2(129), 5-13. doi 10.3917/jalmalv.129.0005
- Mbarga, J. P. (2013). La valeur de la femme dans la société traditionnelle Bəətí faŋ. *The Social dimensions of language*, 1-13.
- Merinfeld, E.G. (2005). Théorie de l'attachement et approche systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2(35), 13-28.
<https://doi.org/10.3917/ctf.035.0013>
- Mucchielli, A. (2015). *Les motivations*. PUF.

- Nguimfack, L. (2016). Expérience familiale subjective et dynamique psychique familiale à l'annonce du diagnostic du cancer. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2(57), 27-47. <https://doi.org/10.3917/ctf.057.0027>
- Nzie, A. (2010). *Facteurs associés aux attitudes de stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH-SIDA au Cameroun* [Mémoire de master, Université de Yaoundé II-Soa]. [Https : //ireda.ceped.org/inventaire/ressources/nzie_2010](https://ireda.ceped.org/inventaire/ressources/nzie_2010)
- Organisation des Nations Unis pour la lutte contre le SIDA (2020). Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2020 : Indicateurs de suivi de la Déclaration politique sur la fin du sida adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2016.
- Organisation des Nations Unis pour la lutte contre le SIDA. (2018). *Le sida en chiffres, la journée mondiale de lutte contre le VIH/Sida*.
- Organisation des Nations Unis pour la lutte contre le SIDA. (2019). Rapport Onusida, 2019.
- Organisation des Nations Unis pour la lutte contre le SIDA. (2020). Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2020 : Indicateurs de suivi de la Déclaration politique sur la fin du sida adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2016.
- Owens,G., Crowell,J.A., Pan,H., Treboux,D., O'connor,E., & Waters,E. (1995).The prototype hypothesis and the origins of attachment working models : adult relationships with parents and romantic partners. *Monogr Soc Res Child Dev*. 60 (2-3) :216-33. PMID :8559157
- Pagès, C. (2015), Chapitre 1. Qu'est-ce que la négativité ? In Hegel & Freud : Les intermittences du sens. CNRS Editions. doi : 10.4000/ books.editions-cnrs.51535
- Phaneuf, M. (2002). *Cancer, mécanismes d'adaptation et de défenses et interventions infirmières*. Université d'Evora.
- Planson, C., Simon, J. (2014). Focus. Des spectacles jeunes publics pour toute la famille. *Informations sociales*, 1(181), 96-99. <https://doi.org/10.3917/inso.181.0096>

- Proia-Lelouey, N. (2017). Le couple dans la maladie à risque létal et la fin de vie. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 2(129), 17-28. <https://10.3917/jalmalv.129.0017>
- Proia-Lelouey, N., & Lemoignie, S. (2012). Couples face au cancer. *Dialogue*, 3(197), 69-79. <https://doi.org/10.3917/dia.197.0069>
- Robert. (2013). Couple. Dans *Le dictionnaire Robert*.
- Sidibé M. 2011. Communiqué de presse conjoint OMS/ONUSIDA
- Smadja, E. (2011). *Le couple et son histoire*. PUF. <https://doi.org/10.3917/puf.smad.2011.01>
- Smadja, E., & Garcia, V. (2011). Introduction à une approche psychanalytique du couple. *Le journal des psychologues*, 1(284), 24-29. <https://doi.org/10.3917/jdp.284.0024>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment : new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of marriage and family*, 38, 15-28.
- Tchetgnia, L. (2016). *Face au sida, quel comportement en Afrique ? l'exemple du Cameroun*. Populations. L'Harmattan.
- Tizio, S., & Flori, Y.A. (1997). *L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ?* Tiers-Monde 38(152), 837-858.
- Traoré, A. (2006). Pourquoi et comment en parler ? Dialogue conjugal autour de l'annonce de la séropositivité dans des couples sérodiscordants à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Sciences sociales et santé*, 2(24), 43-67. <https://doi.org/10.3917/sss.242.0043>.
- UNESCO, ONUSIDA. (2001). L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA : Atelier sous-régional pour l'Afrique de l'ouest et central à Dakar-Sénégal. www.unesco.org/org/Culture/aids consulté le 12 Octobre 2019.
- Willi, J. (1975). *La relation de couple : le concept de collusion*. Delachaux et Niestlé.
- Yin, R.K. (1984). *Etude de cas Recherche : Conception et méthodes*. Sage Publications.
- https://www.puf.com/content/Vocabulaire_juridique_0
- <https://devsante.org/actualites/serodiscordance-et-desir-d-enfant>

<https://sante.lefigaro.fr/sante/maladie/sida-infection-vih/quel-traitement>

<https://toutsymptomes.com/sida>

<https://www.voixdespatients.fr/conseils-de-boris-cyrulnik-favoriser-resilience.html>

<https://www.doc-du-juriste.com/droit-prive-et-contrat/droit-de-la-famille/cours-de-professeur/notion-juridique-couple-478879.html>

[https:// www.has-sante.fr.pdf](https://www.has-sante.fr.pdf)

[https:// www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids/](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids/)

[https:// www.who.int/hiv/pub/tua_report_2008_fr_chap1.pdf](https://www.who.int/hiv/pub/tua_report_2008_fr_chap1.pdf)

[https ://phia.icap.columbia.edu/wpcontent/uploads/2018/07/3471CAMPHIA_Cameroon-SS_A4_v13_requests_7.25.18.pdf](https://phia.icap.columbia.edu/wpcontent/uploads/2018/07/3471CAMPHIA_Cameroon-SS_A4_v13_requests_7.25.18.pdf)

[https:// www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet](https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet)

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>



ANNEXES

- Annexe 1 : Attestation de recherche
- Annexe 2 : Autorisation de collecte de données
- Annexe 3 : Echelle d'ajustement Dyadique
- Annexe 4 : Guide d'entretien qualitatif
- Annexe 5 : Formulaire de consentement éclairé du couple Takam
- Annexe 6 : Formulaire de consentement éclairé du couple Simo
- Annexe 7 : Corpus des entretiens avec le couple Takam
- Annexe 8 : Corpus des entretiens avec le couple Simo

ANNEXE 1 : ATTESTATION DE RECHERCHE

UNIVERSITE DE YAOUNDE I
Faculté des Arts, Lettres et Sciences
Humaines
Département de Psychologie



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I
Faculty of Arts, Letters and Social
Sciences
Department of Psychology

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Jacques-Philippe TSALA TSALA**, Professeur des Universités, Chef du Département de Psychologie, atteste que, **Mbatchanou Nzini Cyntia Manuella**. Matricule : **15A368** a libellé son sujet de Master II, option Psychopathologie et clinique ainsi qu'il suit : « Réaménagement psychique au sein du couple sérodiscordant : Etude de cas »

Ses travaux s'effectuent sous la direction du Pr **Ketcha Wanda Germain J.M.**

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour valoir et servir ce que de droit.

14 SEP 2020


Fait à Yaoundé le

Le Chef de Département



Jacques-Philippe TSALA TSALA
Professeur des Universités

ANNEXE 2 : AUTORISATION DE COLLECTE DE DONNEES


<p>REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix-Travail-Patrie</p> <p>MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE</p> <p>SECRETARIAT GENERAL</p> <p>DIRECTION DE L'HOPITAL CENTRAL DE YAOUNDE</p> <p>UNITE ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE</p> <p>N°2022/ <u>816</u> /ACD/MINSANTE/SG/DHCY/UAF</p>		<p>REPUBLIC OF CAMEROON Peace-Work-Fatherland</p> <p>MINISTRY OF PUBLIC HEALTH</p> <p>SECRETARIAT GENERAL</p> <p>DIRECTORATE OF CENTRAL HOSPITAL</p> <p>ADMINISTRATIVE AND FINANCIAL UNIT</p> <p>Yaoundé, le <u>04 MAI 2022</u></p>
---	---	---


AUTORISATION DE COLLECTE DES DONNEES

Je soussigné, **Professeur Pierre Joseph FOUDA**, Directeur de l'Hôpital Central de Yaoundé, accorde une autorisation de collecte des données, sous la direction de Mme NDJE NDJE Mireille et la supervision du Dr KOUANFACK Charles à **M./Mme MBATCHANOU NZINI Cyntia Manuella**, étudiant(e) chercheur en psychologie à la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Yaoundé I, sur le thème : « **Réaménagement psychique du lien au sein du couple sérodiscordant : étude de cas** ».

L'intéressé(e) est tenu(e) au strict respect du règlement intérieur de l'Hôpital Central de Yaoundé et s'engageant à déposer à la Direction dudit hôpital, un exemplaire dudit mémoire après correction.

En foi de quoi, la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit. /

Le Directeur,

Pierre Joseph FOUDA



ANNEXE 3 : ECHELLE D'AJUSTEMENT DYADIQUE

(Spanier, 1976, traduit et adapté par Boisvert, 1984 : dans Beaudry et Boisvert, 1988)

La plupart des couples vivent des désaccords. Veuillez indiquer, en faisant un X dans l'espace approprié, le degré approximatif d'accord ou de désaccord entre vous et votre partenaire dans les domaines suivants.

		Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
1.	Le budget familial	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.	Les loisirs	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3.	La religion	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4.	Les marques d'affection	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5.	Les amis	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6.	Les relations sexuelles	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7.	Les conversations sociales	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8.	La philosophie de la vie	_____	_____	_____	_____	_____	_____
9.	Les façons d'agir avec	_____	_____	_____	_____	_____	_____

	les parents ou les beaux-parents						
10	Les objectifs, les buts et ce qu'on trouve important dans la vie	_____	_____	_____	_____	_____	_____
11	La quantité de temps passé ensemble	_____	_____	_____	_____	_____	_____
12	Les prises de décisions importantes	_____	_____	_____	_____	_____	_____
13	Les tâches ménagères	_____	_____	_____	_____	_____	_____
14	Les intérêts et les activités pendant les temps libres	_____	_____	_____	_____	_____	_____
15	Les décisions à propos du travail	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		Toujours	La plupart du temps	Assez souvent	A l'occasion	Rarement	Jamais
16	A quelle fréquence avez-vous discuté ou	_____	_____	_____	_____	_____	_____

	avez-vous pensé au divorce, à la séparation ou à terminer votre relation ?						
17	A quelle fréquence vous ou votre partenaire quittez-vous la maison après une dispute ?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		-	-	-		-	-
18	En général, à quelle fréquence pensez-vous que ça va bien entre vous et votre partenaire ?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		-	-	-		-	-
19	Vous confiez vous à votre partenaire ?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		-	-	-		-	-
20	Vous arrive- t-il de regretter de vous être marié(e) (ou de vivre ensemble) ?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		-	-	-		-	-

21	A quelle fréquence vous disputez-vous avec votre partenaire ?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		-	-	-		-	-
22	A quelle fréquence vous et votre partenaire vous ‘tapez-vous sur les nerfs’ ?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
		-	-	-		-	-
		A chaque jour	Presque à chaque jour	A l’occasion	Rarement	Jamais	
23	Embrassez-vous votre partenaire ?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
				-		-	-
		Tous	Presque tous	Quelques -uns	Très peu	Aucun	
24	Avez-vous des intérêts communs à l’extérieur de la maison ?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
				-		-	-

D’après vous, quelle est la fréquence des situations suivantes dans votre couple ?

		Jamais	Moins d’une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois	Une fois par jour	Plus d’une fois par jour
--	--	--------	---------------------------	---------------------------	------------------	-------------------	--------------------------

					par semaine		
25.	Avoir un échange d'idées stimulant	_____	_____	_____	_____	_____	_____
26.	Rire ensemble	_____	_____	_____	_____	_____	_____
27.	Discuter calmement	_____	_____	_____	_____	_____	_____
28.	Travailler ensemble à un projet	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Voici quelques situations où les couples sont parfois d'accord et parfois en désaccord. Indiquez si, oui ou non, ces items ont causé des différences d'opinion ou des problèmes dans votre relation pendant les dernières semaines.

	Oui	Non	
29.	_____	_____	Être trop fatigué(e) pour avoir des relations sexuelles
30.	_____	_____	Ne pas manifester d'affection

31. Les points de la ligne suivante représentent différents degrés de bonheur dans votre relation. Le point central "heureux" représente le degré de bonheur que l'on retrouve dans la plupart des relations. Veuillez encercler le point qui décrit le mieux le degré de bonheur dans votre relation, considérée globalement.

• • • • • • •

Extrêmement malheureux	Passablement malheureux	Un peu malheureux	Heureux	Très heureux	Extrêmement heureux	Parfaitement heureux
---------------------------	----------------------------	----------------------	---------	-----------------	------------------------	-------------------------

32. Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux ce que vous ressentez en rapport avec l'avenir de votre relation :

_____ Je veux désespérément que ma relation réussisse et je ferais tout pour cela.

_____ Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai tout ce que je peux pour cela.

_____ Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai ma juste part pour cela.

_____ Ce serait bien si ma relation réussissait et je peux faire beaucoup plus que ce que je fais actuellement pour cela.

_____ Ce serait bien si ma relation réussissait, mais je refuse de faire plus que ce que je fais actuellement pour cela.

_____ Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux plus rien y faire.

ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN QUALITATIF

Préambule

Bonjour. Je suis Mademoiselle Mbatchanou Nzini Cyntia Manuella, étudiante en Psychologie à l'Université de Yaoundé 1. Je mène une étude sur le réaménagement du lien au sein des couples sérodiscordants. En fait, je cherche à comprendre comment les couples ayant un partenaire séropositif se réorganisent et vivent afin de mieux les aider à faire face la maladie de la ou du partenaire séropositif. Ensemble nous allons aborder certains éléments ou aspects de votre vie, qui pourront relevés de votre vie intime en nous abstenant de tout jugement par rapport à votre situation actuelle. Avec votre permission j'aimerais enregistrer et prendre des notes pendant notre entretien. Je vous garantis que les renseignements recueillis pendant notre recherche sont anonymes et confidentiels. Ils ne peuvent être exploités dans un but autre que cette recherche.

Identification

Identifiant :	Fratrie :	Statut matrimonial :
Age :	Niveau d'étude :	
Sexe :	Religion :	
Ethnie :	Région d'origine :	

Motif de consultation :

- **Thème 1 : Les alliances inconscientes du couple avant la survenue de la sérodiscordance**

- **Thème 2 : Vécu de l'annonce du statut au conjoint**
- **Thème 3 : Retentissement sur le narcissisme conjugal après la survenue de la sérodiscordance**

➤ **Thème 4 : Réaménagement psychique du couple sérodiscordant**

ANNEXE 5 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE DU COUPLE TAKAM

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Sujet de recherche : Réaménagement psychique du lien au sein d'un couple sérodiscordant : une étude de cas.

À l'intention des participants :

Les renseignements recueillis pendant notre recherche sont anonymes et confidentiels. Ils ne peuvent être exploités dans un but autre que scientifique. La participation à cette recherche est volontaire. Aucun renseignement permettant de vous identifier ne figure sur ce formulaire de consentement éclairé et sur l'entretien qui vous est soumis. Comme dans toute étude scientifique, nous souhaitons avoir le maximum d'information pour confirmer la viabilité de nos résultats. Toutefois, ces informations pourront être utilisées dans des publications scientifiques, mais sans que l'on puisse vous identifier personnellement. C'est pourquoi nous osons croire que votre participation est capitale dans sa réussite.

Votre participation à cette étude est librement consentie. Vous avez le droit de vous retirer à tout moment au cours de l'étude. On vous a expliqué la teneur de l'étude, vous avez lu et compris le formulaire de consentement, nous avons répondu à vos questions et nous convenons que vous puissiez participer à cette étude. Nous allons vous remettre une copie du présent formulaire de consentement dûment signé.

Signatures des participants :

Madame



Date

16/05/22

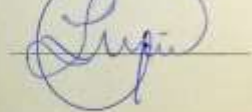
Monsieur



Date

16/05/22

Signature de l'enquêteur :



Date : 16/05/22

Nous vous remercions de votre participation.

ANNEXE 6 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE DU COUPLE SIMO

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Sujet de recherche : Réaménagement psychique du lien au sein d'un couple sérodiscordant : une étude de cas.

À l'intention des participants :

Les renseignements recueillis pendant notre recherche sont anonymes et confidentiels. Ils ne peuvent être exploités dans un but autre que scientifique. La participation à cette recherche est volontaire. Aucun renseignement permettant de vous identifier ne figure sur ce formulaire de consentement éclairé et sur l'entretien qui vous est soumis. Comme dans toute étude scientifique, nous souhaitons avoir le maximum d'information pour confirmer la viabilité de nos résultats. Toutefois, ces informations pourront être utilisées dans des publications scientifiques, mais sans que l'on puisse vous identifier personnellement. C'est pourquoi nous osons croire que votre participation est capitale dans sa réussite.

Votre participation à cette étude est librement consentie. Vous avez le droit de vous retirer à tout moment au cours de l'étude. On vous a expliqué la teneur de l'étude, vous avez lu et compris le formulaire de consentement, nous avons répondu à vos questions et nous convenons que vous puissiez participer à cette étude. Nous allons vous remettre une copie du présent formulaire de consentement dûment signé.

Signatures des participants :

Madame



Date

17/05/22

Monsieur



Date

17/05/22

Signature de l'enquêteur :



Date : 17/05/22

Nous vous remercions de votre participation.

ANNEXE 7 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC LE COUPLE TAKAM

Cet entretien a eu lieu dans la salle d'écoute de l'Hôpital Central de Yaoundé, le lundi 16 mai 2022 à 10h30min. Sa durée est de 1h35min.

Etudiante : Bonjour

Mr Takam : Bonjour

Mme Takam : Bonjour Doc

Etudiante : Bienvenue à cet entretien, je me présente je suis mademoiselle Mbatchanou Nzini Cyntia Manuella. Je suis étudiante en psychologie à l'Université de Yaoundé I et je mène une étude sur le réaménagement psychique du lien au sein des couples sérodiscordants. En effet l'objectif de cette étude est de comprendre comment les couples ayant un partenaire séropositif se réorganisent et vivent afin de mieux les aider à faire face à la maladie de la ou du partenaire séropositif (ve) et c'est dans ce sens qu'ensemble nous allons aborder certains éléments ou aspects de votre vie qui pourront relever de votre vie intime en nous abstenant de tout jugement par rapport à votre situation actuelle. Ainsi, avec votre permission j'aimerais enregistrer et prendre des notes pendant notre entretien, tout en vous rassurant de l'anonymat et de la confidentialité des informations recueillies qui ne pourront être exploitées dans un autre but que celui de la recherche. Alors, avant de commencer je tiens à vous remercier pour avoir accepté de participer à cette recherche en signant ces formulaires de consentement éclairés. Et surtout sentez-vous libre et à votre aise durant notre entretien. Merci

Bien je me suis présenté et je vous ai fait part de l'objectif de cette recherche, alors je souhaiterais que vous aussi vous me donniez certaines informations sur vous précisément votre nom, âge, sexe, ethnie, rang dans la fratrie, niveau scolaire et votre religion. Comme on dit souvent honneur aux dames.

Mme Takam : Okay merci, moi c'est Mme Takam, j'ai 42 ans, je suis Bamiléké du NDE et 4^{ème} /7 enfants à mes parents. Mon niveau scolaire c'est le CP et je suis de l'église réveillée.

Etudiante : Merci, à vous Mr Takam.

Mr Takam : Merci, je m'appelle Mr Takam, je viens de l'Ouest Cameroun plus précisément du Haut-Nkam. J'ai 45 ans, titulaire d'un BEPC, catholique et je suis 5^{ème} né avec une sœur et 4 frères.

Etudiante : Merci beaucoup Mr Takam et Mme Takam de vous être présentez à nous. Alors comme je vous ai dit à l'entame je travaille sur le réaménagement psychique du lien au sein des couples sérodiscordants et je souhaite aborder avec vous certains aspects très particuliers de votre vécu. Bien j'aimerais que vous me parliez de vous individuellement avant le mariage et avant la survenue de la maladie. En d'autres termes, j'aimerais que chacun à son tour me parle de sa perception de lui avant le mariage, avant la maladie et quels étaient vos projets de vie. Merci

Mme Takam : Bon avant le mariage, il n'y avait pas de problème tout était bien, on vivait bien, on était à l'aise.

Etudiante : Okay permettait moi de reformuler ma demande. Je souhaiterais en fait que vous me parliez de vous avant le mariage, donc avant d'avoir rencontré votre conjoint.

Mme Takam : Ah okay quand j'étais encore plus jeune !!! J'ai grandi dans une famille pas très heureuse et pas très très nanti, avec les frères et sœurs, maman et papa tout allait bien. Bon tu sais qu'après quand on grandit, la maladie vient ça vous amène et tout et tout c'est comme ça que la maladie a amené papa et maman. Bon avant d'amener papa et maman je fréquentais, j'allais à l'école et tout et tout, j'avais des amis des copains des copines et tout jusqu'au jour où je l'ai croisé et je l'ai rencontré.

Etudiante : D'accord, et maintenant quand vous étiez encore cette jeune et belle fille là, vous aviez eu quels projets, vous vous voyiez comment dans le futur ? Qu'est-ce que vous attendiez du futur, quel était votre partenaire parfait, votre famille parfaite ?

Mme Takam : humm, c'était que s'il plait à Dieu j'allais trouver un Homme qui va m'aimer, un Homme qu'on va se rencontrer et puis on va s'aimer. Oui. Aussi je voulais être une infirmière, sage-femme car ça m'avait plu.

Etudiante : déjà avoir des enfants et s'occuper d'eux comme vous le faites c'est déjà une bonne qualité pour être une bonne sage-femme. Et vous Mr Takam ?

Mr Takam : quand j'étais jeune garçon déjà 5^{ème} né d'une fratrie de quatre autres frères et une sœur, je me voyais en train... je projetais dans ma vie future devenir au moins administrateur civil. Je voulais devenir un administrateur civil juste parce que un administrateur civil avait maltraité mon papa en ma vue. Ça je dis je vais le faire ne serait-ce que pour montrer aux gens

qu'on peut l'être et se comporter différemment. Donc l'élève que j'étais se voyait seulement administrateur civil. Je jouais, je faisais du sport comme tout le monde mais dans la tête je me voyais dans le futur un peu au-dessus d'eux et des autres parce que pour moi c'était le summum de l'administrateur donc préfet sous-préfet c'est déjà ça. Alors il est arrivé un jour où papa n'avait plus les moyens de payer ma scolarité alors là j'ai commencé à réviser mes ambitions. Sachant déjà que ce n'est pas donné d'entrer à l'ENAM et donc avec un papa qui n'a pas les moyens se sera quasiment impossible. Sinon j'étais passionné quand même par la menuiserie, j'étais passionné depuis l'enfance par la menuiserie mais je voulais être administrateur. Alors voyant que je ne peux pas devenir ce que je voulais être, je me suis replié sur ce qui me plaisait comme passion et c'est comme ça que je me suis retrouvé dans la menuiserie. Parce que j'avais un de mes grands frères qui étaient menuisier et les weekends il avait des bricoles à faire et il m'amenait avec lui et c'est comme ça que j'ai acquis la menuiserie avec lui sur le tas comme on dit. Donc lui il s'est rendu compte que je n'étais pas mal comme menuisier pour n'avoir pas été apprendre la menuiserie à l'école, lui-même il a vu que j'étais tellement passionné, attentif quand il devait m'expliquer quoi que ce soit. Et puis un bon matin, il me dit qu'il a un ami qui a besoin d'un menuisier ça t'intéresse ? Je dis ah c'est déjà ça apprendre est ce que ça va donner ça ne va pas donner. Quand on m'a testé quand j'ai été testé là-bas, et c'est comme ça que je suis devenu menuisier jusqu'à aujourd'hui. Seulement bon chemin faisant, j'ai rencontré la belle la jolie fille qui aujourd'hui est mon épouse. Je l'ai abordé comme tout jeune garçon aborde une fille, seulement à ce moment-là elle n'a jamais eu mon temps, je ne sais pas trop pourquoi mais j'ai insisté j'ai insisté un jour elle a accepté de s'arrêter pour m'entendre, m'écouter. J'ai récité tout ce que je savais réciter elle m'a dit okay j'ai compris je vais voire laisse-moi le temps de réfléchir. Cette réponse, je n'en ai jamais eu jusqu'à ce qu'un jour j'ai vu qu'elle a commencé à me fréquenter et donc je me suis dit c'est mon heure, il faut que je lui parle de mes intentions par rapport à elle puisque moi je me disais que si ça cava encore prendre le temps que ça a pris pour qu'elle se rende compte que je veux faire foyer avec elle. Et là une fois de plus elle m'a demandé le temps de réfléchir, seulement cette fois-là dans la réflexion elle me rendait de plus en plus visite et ce qui devait arriver arriva. Donc on est là.

Etudiante : D'accord, très belle histoire d'amour !!! Donc si je comprends bien malgré le temps que ça a pris Mme Fotso a fini par accepter de s'aventurer dans cette histoire d'amour. Merci Mr Takam, mais bien que vous ayez abordé l'aspect de votre mise en couple vous avez omis de nous éclairer sur votre vision du couple que vous souhaitez avoir, de vos projets. Pouvez-vous m'en dire plus ?

Mr Takam: Effectivement, quand elle a commencé, elle a accepté de me côtoyer de flirter avec moi, je lui ai d'entrée promis un voyage dans une île paradisiaque (*Mme Takam dit aux îles Seychelles*) qui n'est jamais arrivé (*Mme et Mr Takam rient*), je lui ai promis un véhicule, une villa et un virement bancaire ce qui jusqu'aujourd'hui n'est pas encore arrivé non plus (*Mr Takam sourit*). Donc et forcément je me voyais Je nous voyais en couple véhiculé, dès qu'il est peut-être 11 heures je l'appelle je dis que chérie est ce que tu peux avoir le temps d'aller chercher les gosses à l'école ? Et si tu es occupé je vais le faire. Donc je nous voyais comme ça quoi, toujours la main dans la main, partout on ira ensemble et qu'on méritait d'être trop attirant. Dans ma tête, je voulais faire savoir à tout le monde qui la regarderait qu'elle est à moi (*Mme Takam sourit*). Donc si tout cela n'est pas arrivé c'est pour la simple raison que les gosses (*les enfants*) ont grandi très vite et ont coûté très chères par rapport à ce qu'on avait convenu et donc Dieu merci ils me comblent aujourd'hui. Donc en tant que père de famille, il y'a beaucoup de choses que je n'ai pas faites mais d'autres que par la grâce de Dieu je les ai réalisés même de la manière que je ne pouvais pas estimer.

Etudiante : Eh bien c'est une grâce comme vous l'avez dit d'avoir ces magnifiques enfants et de vous occuper d'eux comme cela.

Mr Takam : Et le gros espoir que j'ai c'est qu'ils (*les enfants*) puissent réaliser ce que je n'ai pas pu réaliser.

Etudiante : D'accord merci Mr Takam. Nous venons d'aborder ainsi les réalités auxquelles font face la plupart des individus lorsqu'ils se mettent en couple en ce qui concerne leurs projections, leur vision du futur commun. Cependant, au cours de leur vie les couples font aussi face à certaines difficultés qui constituent leur quotidien et entraîne des changements dans leur vision, parmi ces difficultés il y'a entre autre la survenue d'une maladie et dans notre cas c'est le VIH/SIDA. Alors, j'aimerais que vous me parliez des connaissances que vous aviez du VIH/SIDA et de la sérodiscordance avant que vous ne vous mettiez en couple.

Mr Takam: De la maladie je savais que c'est une maladie sexuellement transmissible donc on ne pouvait la choper que de l'une des deux manières. Soit par la transfusion par un sang souillé soit les rapports non protégés avec une personne infectée. Ça c'est ce que je savais. Et donc il m'arrivait des fois d'être loin de mon épouse, on pouvait m'envoyer très loin des fois, et parfois ne pouvant résister à la tentation j'ai dû me défouler. Et je me donnais la peine de m'assurer que au moins la capote je dois l'avoir. Donc pour moi il n'était pas question de s'amuser sans

se protéger Et je ne redoutais rien parce que j'avais tellement confiance à mon épouse, je sais que jusqu'aujourd'hui depuis qu'elle m'a connu, elle n'a plus jamais connu personne d'autre ça je le sais. Je donnerai ma main à couper pour ça, et je profite de l'opportunité pour lui dire une fois de plus merci pour cette fidélité (*il le dit à sa femme en la regardant*). Et bon, maintenant la question elle est restée dans ma tête je suis seulement fatiguée de la retourner. Sens dessus, sens dessous je n'ai jamais trouvé une réponse. J'ai flirté jusqu'à je crois deux filles, mais quand j'ai connu mon état sérologique, quand j'en ai pris conscience j'ai à ma manière investiguer j'ai essayé de retrouver chacune et j'ai posé les questions à ma manière sans trop attiré l'attention. Jusqu'aujourd'hui aucune d'entre elles n'ai séropositive, je ne comprends pas comment j'en suis arrivé là. Mais bon, comme dit le dicton « Tout ce que Dieu fait est bon » ça m'a permis de voir les choses différemment et se dire que l'Homme propose, Dieu dispose c'est donc à ça que ça se résume. Quand j'ai su que j'étais infecté, je voyais déjà ma mort prochaine bien que je ne souffrir pratiquement de rien mais je sentais que je me fatiguais, je me fatiguais sans raison. Et donc j'ai été très très soulagé le jour où mon épouse étant allé faire son test s'est avéré négatif. J'ai dit Dieu merci, donc si je devais décéder les enfants ne seront pas du coup orphelin de père et de mère. Ça m'a apporté une bouffée supplémentaire d'oxygène pour me battre, j'ai décidé donc que même si je devais trépasser dans 10 ans faudrait quand même que je leur aie laissé quelque chose. C'est là que j'ai commencé à me battre, à travailler même les nuits mêmes les dimanches donc lorsqu'il y'a à faire pour ramener 5francs je n'hésite pas.

Etudiante : Okay. Et est-ce à dire que c'est à ce moment-là que vous avez su que les couples pareils existent ?

Mr Takam : Pour moi c'est mon cas qui m'a édifié que donc ça peut arriver que l'un le soit l'autre pas. Je me disais que si l'un des deux contracte le virus, le temps de se rendre compte qu'il a contracté il aura déjà refile à l'autre. Donc il a fallu que mon cas s'avère sérodiscordant pour que je crois que ça peut exister.

Etudiante : D'accord, merci. Et vous Mme Takam, avant d'être dans cette situation qu'est-ce que vous connaissiez du VIH/SIDA et de la sérodiscordance?

Mme Takam : Pour le VIH je savais que bon le VIH existe donc il faut seulement prendre des précautions, il ne faut pas toucher aux objets souillés, il faut se protéger lorsqu'on fait des rapports sexuels surtout quand ton conjoint est malade, Oui. Et puis les piqûres aussi. Sinon que

quand c'est arrivé un soir... puisqu'avant même il avait souvent des... quand il faisait des accidents, quand il avait des blessures comme ça mettaient un peu du temps pour guérir et puis aussi parfois dans la nuit il me disait qu'il a la gorge sèche donc qu'il a envie de boire de l'eau mais quand il boit... puisque lui pour la maladie, il ne s'amuse pas avec la maladie dès qu'il se sent un peu autrement il part à l'hôpital. Donc il allait dans... il avait un docteur donc il allait là-bas il faisait les examens et tout et tout, bon on ne voyait rien et puis on le prescrivait ce qu'on pouvait. Et le docteur lui a donc demandé de faire tous les examens parce qu'il ne sentait pas son corps, et il y'avait sérologie mais tu ne connaissais pas que c'était ça ? *(Elle demande à son mari qui lui dit que oui mais il (le Docteur) avait codé)* ... oui sûrement on avait codé. Il a donc fait tout ça, c'est le jour où il a sorti les résultats, il a vu...il dit qu'il a constaté comment le docteur a changé. Il lui a dit non s'il y'a quelque chose faut me dire ne me cache rien, c'est là dont que le docteur lui a dit va avec ça à l'hôpital du jour. Il est allé faire c'était positif. Le jour-là il est rentré avec les résultats, il m'a donné j'ai feuilleté j'ai feuilleté, je lui ai remis. Enfin j'ai vu mais je n'ai pas su que c'était...je ne pas compris, c'est dans la nuit vers 4 heures comme ça qu'il me réveille il me dit que je t'ai donné mes résultats de feuilleté, tu n'as pas... tu as quand même vu, tu as lu mais tu n'as pas su de quoi il s'agissait. Je dis que mais ça veut dire quoi ? Il dit qu'il est séropositif *(elle a exprimé un choc émotionnel, comme si elle venait de recevoir la nouvelle là surplace, elle a arrêté ses bras comme si elle était choquée par une nouvelle qu'on venait de lui annoncer, elle était à bout de souffle, avait une respiration ralentie, était dépassée)* ... quand je me revois encore quand je pense à ... je voulais même pleurer il m'arrête et me dit que tu vas réveiller les enfants ils vont te dire que tu pleures quoi ? *(Elle s'exprime en disant « ce n'est pas vrai, ça veut dire quoi, ne me dis pas ça, donc on va laisser les enfants ci à qui ? Et nos parents ne vivent même plus »)*. C'est-à-dire à moins de... avant que je ne parte faire les examens, en moins d'une semaine j'étais déjà comme ça *(comme pour dire qu'elle avait perdu du poids)* surtout quand je suis malade je fonds comme *(comme pour dire je maigris)*. J'étais uhm hein *(comme pour dire qu'elle était costarde)*, j'étais bien grasse, j'étais grasse j'ai un corps que dès que je maigris ou que je réfléchis je fonds. Avant d'aller... je crois c'était après, deux, trois, une semaine il me dit d'aller faire. Je lui dis je pars faire quoi ? Tu as c'est que j'ai, je pars faire quoi s'est fini nous sommes déjà morts c'est fini. Quand il partait au travail, je restais là aller au marché parfois je pars au marché j'achète je viens mettre là je pleure, je pleure, je réfléchis. Le jour où je suis allé faire les examens, on m'a posé des questions j'ai répondu j'ai répondu je suis allé reprendre les résultats il m'a toujours posé des questions j'ai répondu. Et puis il m'a dit... il m'a demandé si tu es positive tu vas faire

comment, je lui dis qu'ah je vais marcher comme vous aller me dire, si je suis négative je vais toujours marcher comme vous aller me dire. Il a dit que vous êtes... c'est négatif, je dis négatif comment ? Il me dit c'est négatif bon après 6 mois vous aller encore revenir refaire le test, donc c'était comme ça. Juste quand je sors, je suis en train de rentrer il m'appelle et me dit c'est comment, tu as pris ? je dis j'ai pris Il dit c'est comment, je dis c'est négatif (*les deux sourient*). Ahhhhhh il était content, il était content. Bon entre temps je crois qu'il est allé à l'hôpital je crois c'était une ou deux fois hein, le reste de temps c'est moi qui pars ; Il part seulement quand il veut faire son CD4 ou bien si on a donné un examen c'est là où il part à l'hôpital.

Etudiante : Okay, alors si je comprends bien il va uniquement à l'hôpital lorsqu'on nécessite sa présence. Donc est-ce à dire que c'est aussi à ce moment que vous avez pris connaissance de ces types de couples ?

Mme Takam : Oui j'ai demandé on m'a dit oui ça existe, soit c'est l'homme soit c'est la femme.

Etudiante : D'accord merci Mme Takam. Eh bien vous avez parlé de comment vous avez pris connaissance du statut sérologique nouveau. Vous m'avez dit qu'à ce moment-là vous avez ressenti comme si tout s'effondrait, Pouvez-vous m'en dire plus sur ce que vous avez ressenti à ce moment ? Quelles ont été les émotions que vous avez manifestées ?

Mme Takam : La maladie a commencé depuis 2012.

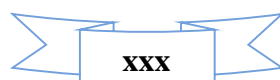
Mr Takam : Y'avait des matins je me réveille comme ça j'ai des quintes de toux et avant je ne toussais pratiquement pas toux sèche, je tousse au point d'avoir mal à la poitrine. Donc avant que je n'aille demander au médecin de notre service de me faire tout ce qui est possible de me faire comme examen, je me sentais tellement mal dans ma peau que je m'étais déjà envisagé qu'à cette allure-là un de ces quatre matins je vais y rester. Le médecin m'a demandé si j'avais déjà fait le test VIH j'ai dit oui quel en avait été le résultat j'ai dit négatif. Donc je raconte ça au médecin il me dit est ce que tu pourrais le refaire, je lui ne dis pourquoi pas si cela s'impose je le referai ; c'est comme ça qu'il m'envoie faire des examens des bouillons de culture de ci de ça tellement d'examen j'en avais payé pour une cinquantaine de milles avec tous ces examens-là. Quand je lui ai ramené les résultats dans un pli fermé, c'est lui qui a ouvert il a commencé à regarder il devait être sensiblement 19 h il a regardé il a regardé. Après pendant qu'il regardait il me posait des questions du genre si un de ces quatre un examen venait à vous révéler que vous étiez séropositif vous ferez quoi, j'ai dit je me battrais pour mes enfants d'abord avant de mourir, il m'a regardé et a dit et si le résultat était négatif ? J'ai dit mais je

fouillerais terre et ciel pour savoir de quoi je souffre parce que là où je suis mon corps n'est pas en moi ça fait déjà pas mal de temps que mon corps n'est pas en moi donc à cette allure là je sens que je vais trépasser précocement. C'est ça qu'il m'a dit tu es un homme ? je dis oui j'en suis un comme vous aussi, okay vous êtes séropositif, je dis pardon, il me dit vous êtes séropositif. Mais ça se voit dans mes yeux ou ... je m'attendais à ce que vous m'envoyez faire le test vous me dites que je le suis, il dit non ça c'est moi qui est mis le code (*Le docteur montre le code à Mr Fotso sur le document de ses résultats*) voici l'examen et lis bien le résultat on dit présence d'anticorps Anti VIH. Je me rappelle de ça comme si c'était hier on ne peut avoir des anticorps que contre un germe qu'on a déjà. J'ai dit okay j'ai quand même un peu fait de microbiologie à l'école donc il me dit humm je ne suis pas à 100% certain tu vas aller faire maintenant un examen de contrôle dans un établissement spécialisé c'est comme ça donc qu'il m'envoie à l'hôpital du jour. Et non seulement l'Hôpital du jour confirme ma séropositivité mais il me précise le type de germes que j'ai. Alors quand je rentre à la maison ce jour-là, il va de soi que j'avais déjà quand même annoncé à mon épouse que je suis séropositif du coup je ne me suis pas trop inquiété dans ma tête je me suis bien calé que tant qu'à mourir autant savoir de quoi on va mourir au tant savoir de quoi on souffre (soulagement). Mais je souffrais déjà vraiment, elle ne s'en rendait pas compte mais je souffrais. Je souffrais parce que quand tout petit je n'avais jamais été le genre d'enfant maladif, ce qui fait que n'importe quelle maladie me mettait mal à l'aise et dès que... même un simple rhume je cours soit à l'hôpital soit à la pharmacie ; je n'ai jamais accepté de trainer une maladie. Mais quand je souffre que je tousse, on me prescrit les médicaments contre la toux je les prends ça me soulage peut-être trois jours ça n'a plus d'effet. Avant j'avais eu un palu et il y'avait une molécule que je prenais ça c'était très efficace contre mes crises de palu, mais je prends une semaine après je grelotte je.... Je pars faire le Test Widal et Félix il est négatif, goutte épaisse toujours positif aucune raison donc j'avais cette sensation de soif permanente surtout après... pendant le sommeil. Dès que je m'endors même si je me réveille 30 minutes après ma gorge est toute sèche je bois de l'eau, je ne sens pas que ça coupe la soif. Seulement le docteur m'avait déjà envoyé à Pasteur (*Le Centre Pasteur*) faire l'examen de crachat qui c'était avéré négatif alors là j'ai dit... à un moment donné je me suis dit que je pourrai être en train de développer l'asthme, il m'a donné le traitement de l'asthme qui m'a soulagé, qui m'a soulagé je crois un mois et puis... Donc quand je... quand il me dit que je suis séropositif je suis choqué c'est vrai mais je m'en fais une raison. Je m'en fais quand même une raison, je dis okay je comprends maintenant la raison pour laquelle aucun traitement ne s'avère efficace contre moi (*soulagement*). Mais seulement de

l'autre côté je me dis ce n'est qu'une question de temps parce que comme rien ne me soulage ça veut dire que je vais décéder. Donc je me rappelle un jour un matin je devais aller je ne sais plus trop où je lui ai demandé de me donner une paire de chaussures à maison à porter. Toutes mes chaussures étaient sales et je lui ai tonné dessus en disant apprêtez-les que je les porte avant de mourir, je lui ai dit ça que je les porte quand même avant de mourir elle m'a regardé. Et l'une des choses, je crois que la première des choses qui m'a donné le moral c'est qu'elle m'avait toujours accepté après comme si je ne souffrais de rien comme si rien ne c'était passer différemment dans notre vie ; Elle m'a tellement soutenue elle a commencé même à me concocter des plats spéciaux pour moi et grâce à son apport je me suis senti psychologiquement fort et je me suis dit tant qu'à mourir, la mort-là va seulement venir m'arracher je ne vais pas me donner je ne vais pas me livrer... je ne vais pas me livrer tant que... j'ai commencé à me dire tant que tel n'a pas le BAC , tant que tel ne travaille pas, je ne peux pas mourir. J'ai commencé à me renforcer dans la tête comme ça comme ça comme ça. Seulement le premier protocole auquel on m'avait soumis à l'Hôpital du Jour il n'était pas efficace pour moi, il ne l'était pas. J'étais toujours pâle, j'étais toujours déficient de poids, j'étais toujours... dans ma tête ça n'allait pas jusqu'à ce qu'un jour accidentellement comme ça parce que ce protocole était en rupture de stock on a changé le protocole et celui a commencé alors à faire ses effets toute suite.

Etudiante : D'accord merci Mr Takam, je tiens déjà à féliciter votre bonne mémoire car ça vous permet de voir toutes les épreuves par lesquelles vous êtes passé et de croire que si vous avez pu traverser tout cela ça veut dire que vous possédez des ressources pour entrevoir un futur meilleur. Alors pour mieux comprendre les retentissements qu'ont suscité la survenue de la maladie j'aimerais qu'on aborde ensemble les changements que vous avez pu observer sur les plans individuels, du couple et sur vos projets communs.

Mme Takam : Je dirai que pour le retentissement, la maladie n'a pas...ça ne nous a pas trop. Quand c'est arrivé avant que ça n'arrive on avait des projets (*Mr Takam dit on avait parlé de Seychelles et Mme Takam dit ekieuh rentrez encore là-bas ? et les deux rient*), on était déjà allé à Kribi et Kribi c'est déjà le Seychelles. Hum oui avant c'était ça on est allé et puis on était là, on était là on vivait bien et bon même quand c'est arrivé juste après je crois un mois le temps où je me morfondais, je pleurais et tout et tout le fait que j'allais à l'hôpital et je voyais aussi d'autres patients ; je voyais comment donc les enfants, les jeunes, les amis, les grands, les... j'ai compris que *En effet quand c'est arrivé la première chose que j'ai vu c'était la mort*



quand c'est arrivé j'ai vu que c'était la mort qui était devant moi. Puisque chaque jour, les minutes qui passaient je disais seulement... c'est-à-dire j'attendais seulement qu'on m'appelle pour me dire que ton mari est tombé il est mort voilà voilà voilà. Donc et même quand bon soit c'est la mort qui était là même avant que je ne parte me faire tester, je savais que c'était fini je pleurais c'est-à-dire que j'étais triste, je ne riais même plus, même manger quand je préparais je mangeais à peine. Après bon c'est quand j'ai fait le test...quand j'ai pris donc mes résultats on m'a dit que j'étais négative, déjà lui-même il était déjà content et puis je lui ai demandé, je ne suis pas séropositive je suis négative mais toi ça veut dire donc que tu vas donc nous laisser ? Qu'est-ce que je vais devenir avec les enfants ? Tu vas donc nous laisser comment ? Lui aussi il était là il disait que non, voilà il y'a les médicaments et tout et tout. Bon j'ai compris, il m'a dit que...le premier jour il m'a dit que tu vas aller à l'hôpital faire comme ça j'ai dit qui ? Je vais aller comment ? Parce que oui il faut partir parce que si tu ne pars pas et que je pars on va couper ... on ne va pas me (Mr Takam) payé, on va couper des heures d'absence donc je dis que je vais aller comment je vais commencer ça par comment. Je suis allé je suis arrivé c'est-à-dire je regardais partout c'est-à-dire je me suis d'abord mise là j'ai regardé, il y'avait le monde. J'ai dit que merde, il n'y a personne qui me connaît ici qui va me voir ? Est-ce qu'est-ce qu'est-ce que. Et même quand j'arrivais j'étais toujours là j'étais assise (*elle se met à rire et s'exclame « wèh wèh wèh »*). Donc c'est comme ça qu'on commence à appeler et tout et tout ah ce n'était pas facile parce que quand je pense encore à cette période et c'est comme ça que les autres venaient même on les consolait, je causais aussi avec eux. Oui on les consolait et tout et tout, les femmes, d'autres femmes disaient que mon mari m'a chassé, mon mari fait ci fait ça. C'est comme ça que je disais que... il y'avait même les hommes mariés là on causait je disais que je suis venue c'est pour mon mari comme vous voyez je viens comme ça chercher pour mon mari. Comment tu peux être avec une femme la femme tombe malade et tu l'abandonne ? Ou bien c'est la femme qui laisse l'homme il part Non !!! Si c'était un sac d'argent qu'il amenait ouououuh tu allais fermer la porte dire que on gère comme ça on gère comme ça. Maintenant quand c'est la maladie, c'est le meilleur et pour le pire. Donc c'est comme ça que moi j'ai pris ça, tout ce qu'on pouvait faire c'était qu'on avait des rapports sexuels protégés avec le préservatif comme on avait dit sinon je ne pouvais pas dire que comme il a touché non non rien. Déjà même qu'à l'hôpital on nous conseillait, on nous disait, on nous conseillait oui ; seulement s'il a les blessures, les boutons là il faut un peu peut-être mettre les gangs s'il faut avoir un contact et là aussi il doit se soigner surtout aussi pour ne pas être aussi

contaminer. Mais s'il est bien là comme toi tu vas le fuir pourquoi et tout et tout. Donc c'est là où je peux dire qu'il y'a eu ce retentissement.

Etudiante : Okay merci et vous Mr Takam que pouvez-vous me dire du retentissement de la maladie depuis son annonce.

Mr Takam : En fait comme je venais de dire tantôt, j'avais déjà... ça m'avait déjà tellement mis mal à l'aise que je m'étais préparé à trépasser. Pour ma tête ce qui sûr c'est que je vais trépasser mais donc de quoi ? Parce que de se sentir que mon corps est comme si je l'avais emprunté à quelqu'un. J'avais toujours vécu à l'aise jusqu'à ce qu'un matin je sens que mais quelque chose ne va pas, quelque chose ne va pas. A chaque fois que je souffrais de quoi que ce soit dès que je me mettais sous traitement ça passait mais cette fois ci qu'est ce qui se passe. Pourquoi est-ce qu'on ne trouve pas un médicament qui va me faire déjà me faire arrêter de tousser, arrêter d'avoir soif et que quand je me blesse comme je roulais à moto la blessure cicatrice au bout de deux trois jours comme avant. Qu'est-ce qui se passe ? Donc à un moment donné je me suis même révolter contre moi qu'okay et si c'est comme ça que la mort doit arriver qu'elle coure alors. Maintenant quand les examens révèlent que je suis séropositif, je m'étais déjà préparé à toutes éventualités, je m'étais déjà dit dans ma tête que si je devais mourir ça veut dire que mes enfants resteront se débrouiller d'eux-mêmes, ma femme se débrouillera d'elle-même pour garder ces enfants. Mais quand on m'a annoncé que j'ai le VIH c'est là où tout a changé, je dois mourir ça c'est une évidence mais je dois partir avec ma femme donc c'est où j'ai commencé à me dire mais quelle fatalité !!! Quelle fatalité !!! La fille de quelqu'un s'est retrouvée chez moi parce que je lui ai couru après pendant je ne sais pas combien d'années elle s'est laissé flattée voilà il n'ira même jamais aux Seychelles, non seulement ça elle va aller précipitamment dans le cercueil parce que je suis comme je le suis elle l'est parce que je n'avais jamais pris aucune disposition avant donc on s'amusait comme des fous et donc voilà je ne sais pas comment c'est arrivé mais j'ai pris ça c'est sûr que je lui ai déjà refile ça. Ce qui fait que quand je rentrais comme ça je n'avais même pas le courage de m'asseoir à table avec les enfants, je passais dans la chambre, je passais du coup dans la chambre voilà je partais me coucher je ne peux pas rester avec les enfants étudier Et après elle vient me trouver et quand elle vient me trouver elle essaye de me consoler à sa manière. Tout ce qui focalisait mon attention c'est qu'il faut que je ... dans le sommeil... même dans le sommeil j'avais l'impression que j'écoutais mon corps pour ressentir de quel côté il va attaquer la mort, donc je cherchais par quel côté elle va commencer à entrer dans moi. Et curieusement comme le sommeil est ce qu'il est-il finissait

par prendre le dessus je m'endormais je me réveille le matin ou alors vers les 4h avec la gorge toute sèche, je cherche de l'eau à boire je lui demande de me donner de l'eau à boire ainsi de suite ainsi de suite. L'annonce du fait qu'elle ne l'est pas elle n'est pas séropositive qui commence à me ragaillardir à me ramener en homme. Mais bon je disais qu'okay comme je dois partir il faut que je les laisse le maximum pour que la cassure ne les soit pas trop fatale. Pour moi, c'est l'avantage qu'on a d'avoir épousé une femme qu'on aime on se sent aimé, quand on se sent aimé c'est un médicament sans nom, quand on se sent aimé même malgré la maladie. Aujourd'hui je dis à qui veut l'entendre qu'aucune femme ne vaut ma femme, aucune parce que dans ma tête là je passais à deux doigts de ça et elle savait elle-même qu'il va partir d'un moment à l'autre mais ça n'a rien changé et je ne me fatiguerai jamais de dire merci ma chérie (*Mr Takam le dit en regardant sa femme et les deux sourient*).

Etudiante : Merci Mr Takam. Alors est ce qu'à un moment vous n'avais pas repensé votre relation vue que la maladie n'était pas si facile à accepter ? Et est-ce que vous n'avez pas eu à repenser votre avenir à deux ?

Mr Takam : Moi à ce propos là je dis quand elle accepte après m'avoir fait courir pendant des année-là quand elle accepte afin de me rendre visite de venir chez moi je lui dit tout de suite que si c'est pour jouer la vie tu peux repartir car celle qui va se coucher encore dans mon lit sera mon épouse donc si tu peux accepter qu'on soit Mr et Dame ça m'irait droit au cœur. J'ai pris cette décision depuis le jour où la maman de ma dernière copine m'a fait chier m'a envoyé balader, j'ai dit mais à mon âge je travaille déjà j'ai un salaire certes il n'est pas grand mais pourquoi ne pas se concentré là-dessus et fondé son foyer. Et je lui ai bien dit que depuis que j'ai pris cette résolution tu es la première personne en qui j'en parle donc va réfléchir comme tu le dis mais ne réfléchit pas trop longtemps, je n'ai pas aussi toute la vie pour attendre. Elle est partie, la semaine d'après elle était là, la semaine d'après elle était là et ainsi de suite ainsi de suite. Okay je comprenais ce que ça veut dire mais je voulais qu'elle parle de sa bouche (*Mr Takam rit*) je voulais qu'elle parle de sa bouche parce que je ne voulais pas avoir l'impression d'être en train de forcer une situation. Et oui bon bien que je comprenais sa réponse, j'étais content de la voir tout le temps où déjà je lui ai donné la clé elle avait une des clés de la chambre. C'était une chambre même sans fenêtre mais c'était une chambre, donc des jours je rentrais du boulot je voyais qu'elle était passée parce qu'elle avait fait le ménage ; elle a fait si elle a fait ça, elle m'a même laissé une main de banane comme elle savait que j'aime la banane. Donc

c'est comme ça j'étais tellement content il restait seulement qu'elle vienne quand je suis là et..... voilà.

Etudiante : Et vous Mme Takam

Mme Takam: Je n'ai pas regretté parce que si c'était même différemment peut être quelque chose de grand quelque chose de bon, un sac d'argent, une voiture je ne sais pas je devais toujours bon il fallait que je fasse avec. Il est vrai que j'étais frustré j'étais timide, j'étais, j'étais mais j'ai accepté parce que vu qu'il y'avait aussi les enfants.

Mr Takam : Moi je pense que ce qui a fait qu'elle n'envisage rien d'autres, elle n'est pas trop devenu... c'est que dès qu'on s'est mis ensemble l'enfant est venu très vite et les autres enfants de mes frères sont venus et à partir du moment où on a des enfants on arrête de vivre pour soi-même parce que il va de soi qu'on avait des ambitions... on avait des ambitions quand on était jeune aujourd'hui avec du recul je veux dire à partir du moment où on a fait son premier enfant on se met à réfléchir que j'avais l'idée d'être ceci ou cela je n'ai pas pu l'être. A partir du moment que je sais que je ne le serai jamais, mais si je veux donner une quelconque chance à mon enfant d'atteindre ses ambitions il faut que je commence à penser à lui chaque jour de ma vie, pas seulement penser faire un geste. Je lui avais dit j'ai souscrit une police d'assurance parce que j'avais commencé par mettre de côté 500frs par enfant journalier ment, mais seulement à la moindre in cantate c'est-à-dire que quelqu'un tombe malade ou si ou ça je les reprends ça m'a donc donné l'idée d'ouvrir... de souscrire à cette police d'assurance. En fait quand on était fiancé je lui avais demandé que si le Seigneur entend ma prière je voudrais qu'elle me donne trois filles la raison étant toute simple c'est que ma maman elle n'a fait que des garçons ; la fille est en dernier quand moi je n'étais plus en concession. Donc je n'ai pas grandi je n'ai pas eu de présence féminine dans ma fratrie, donc je voulais qu'elle me donne trois enfants surtout des filles parce que je savais d'avance que quand tu as des filles bien élevées et qui ont réussi leurs vies tu auras... si tu as trois filles tu auras forcément trois garçons absolument tu auras trois garçons ; mais que tu n'as que des garçons ce n'est pas certain que tu auras des filles ce n'est pas certain.

Mme Takam : C'est comme ça qu'on a eu une jolie petite fille.

Mr Takam : Ajouter à elle un de mes grands frères est mort on est au deuil et arrivé au lieu de lamentation il y'a une des filles de mon grand frère le défunt qui s'est accroché à elle ne montait qu'avec elle ne descendait qu'avec elle partout. Dès qu'on a fini l'oraison funèbre ma femme

est venue me voir avec la fille de mon défunt frère) elle m'a demandé si on pouvait l'amener avec nous je lui ai dit attends je reviens et je suis allé voir la femme de mon grand frère. J'ai trainé au près d'elle jusqu'à ce que je les vois passer je l'interpelle je dis regarde-moi les gens là et je les dis je les vois depuis trois jours je les vois je veux te demander donc si tu permets que je l'amène avec moi. En fait dans ma tête je me disais que si chacun de mes frères prenait un enfant ça n'allait pas peser sur la veuve parce que elle était grosse en ce moment même. Donc j'avais déjà une fille plus une fille que mon grand frère m'a laissé.

Etudiante : Donc si je vous comprends bien vous avez 2 enfants.

Mr Takam : Bon en plus des 2 filles, mon petit frère m'a légué... enfin ne m'a pas légué parce qu'il vit il m'a fait cadeau aussi d'un merveilleux garçon donc...

Mme Takam : La fille reprend la terminale, et le garçon est en troisième. Ils sont venus quand ils commençaient le primaire élémentaire SIL.

Etudiante : Bien, alors nous venons d'aborder le retentissement qu'a eu la maladie sur votre couple et si je vous ai bien compris la survenue de la maladie a entraîné certes certains changements dans votre vie mais malgré cela vous avez maintenu la relation. Alors comme Mme Takam l'a si bien dit lorsqu'elle allait à l'hôpital pour prendre votre traitement elle rencontrait des personnes qui disaient avoir été rejetés suite à l'annonce de la maladie de leur partenaire. Cela signifierait que face à l'annonce de la même maladie, les couples réagissent de différentes manières et ont des ressources différentes. Pouvez-vous me parler en ce qui concerne votre couple, des ressources que vous pensez avoir mobilisé jusqu'à présent pour maintenir votre relation.

Mr Takam : En fait moi je ne vais pas vous mentir, je n'ai pas été, je n'ai jamais été vraiment à l'aise de faire l'amour avec ma femme avec capote. Ça m'a toujours dérangé, j'ai toujours eu l'impression que je suis en train de m'amuser avec une étrangère quoi, donc ça a toujours été... ça a toujours constitué une espèce de nœud dans ma tête Mais là où j'ai commencé vraiment à sentir que je prends le dessus sur la maladie c'est que j'ai vu ma fille évoluer à l'école même celle-là la fille de mon grand frère qu'on a ramené du village, elle avait pratiquement 4 ans, elle n'avait jamais été sur un banc de classe même pas la maternelle machin rien du tout. Et quand je la ramène en ville, à Yaoundé, je me rends compte qu'elle est relativement très âgée pour la maternelle. Je dis si on la met à la maternelle elle aura un retard par rapport à sa génération. Je force pour l'inscrire à la SIL, les premières semaines de classe elle était bête comme un mouton.

Je me rappelle mon épouse demandait si elle parviendra même à lire un jour. J'ai dis laisse-là faire, si tu la répètes et que tu vois qu'elle est trop bête et que ta tension monte tu laisses au lieu de lui tonner dessus parce que j'ai constaté que les enfants... la vue de la chicotte l'a rendu encore plus bête. Donc je lui ai dis-tu attends je rentre je saurai comment m'y prendre. On s'est battu comme ça tout au long, un jour je me rends compte que c'était à la fin du premier trimestre, je comptais je vois qu'elle a la moyenne... la moyenne n'est même pas mal, deuxième semestre je vois promue au cours préparatoire je dis mais l'enfant si ne va pas reprendre ? Et c'est comme ça qu'elle n'a jamais connu l'échec jusqu'au probatoire, elle passe son CAP en seconde elle commence à avoir les mauvaises notes je me dis que quelque chose ne va pas, je vais savoir que c'est quoi ? C'est comme ça que l'enfant non seulement ne passe pas le Probatoire mais on l'a renvoi on l'a radié d'un établissement privé. Donc ce n'est même pas que l'enfant n'a pas la moyenne c'est parce que la conduite n'est plus la bonne. C'est comme ça que je l'a prend je pars l'inscrire à Mvolyé toujours dans une école privée dans un établissement toujours d'enseignement technique à la fin de l'année on la chasse encore. Je la prends je la ramène dans son ancien établissement. Voilà trois années déjà qu'elle fait le probatoire, j'ai dit okay j'ai compris que ta tête est déjà ailleurs que l'école et tu me fais perdre mon argent okay c'était bon je cherche ce que tu vas faire. C'est comme ça je dis je ne paye plus parce que c'est cher il n'y a pas de résultats trois années de suite. Là où elle m'a quand même satisfaite un peu c'est quand elle est allée travailler chez les gens comme nounou, le premier salaire qu'elle a eu je rentre le soir on me sert à table elle part acheter une bière elle vient poser que papa mange avec ça. Je regarde je dis que mais donc ma fille peut aussi avoir quelque chose jusqu'à me donner ? C'est donc comme ça qu'un matin elle me dit qu'on a lancé le concours de l'ENIET (Ecole Normale des Instituteurs de l'Enseignement Technique), je dis quoi ? Elle dit qu'elle veut présenter je dis je n'ai pas d'argent. Elle dit qu'elle a une camarade de classe qui lui en a parlé et elle peut lui prêter de l'argent pour déposer le dossier je dis okay allez-y. Elle a déposé le dossier elle a composé je crois que quand elle m'appelle deux semaines après quand elle dit que sa camarade là demande l'argent qu'elle a prêté là elle m'annonce par la même occasion qu'elle a passée et sa camarade là aussi. C'est comme ça que quand je rembourse l'argent je commence déjà à apprêter celui de la pension. Elle a fait trois ans elle est sortie et pendant qu'elle était dans cette école là c'était à Nkoldoum là-bas elle a trouvé son fiancé aussi un gars de l'Est de la GP. Donc aujourd'hui ils sont déjà ensemble. C'est donc à partir du succès des enfants que j'ai commencé à dépasser la maladie, j'ai commencé à me sentir au-dessus de cette maladie c'est-à-dire si aujourd'hui depuis le temps, depuis le jour où elle m'a attaqué là si elle était si forte que ça elle

m'aurait déjà emporté. Au jour d'aujourd'hui si je suis encore là c'est que Dieu a accepté que je voie grandir mes enfants et ça pour moi c'est une motivation. Dernièrement mon autre fille a eu une maladie qu'elle a trainé deux ans, elle a eu un mal aux reins l'enfant ne parvenait même plus à tenir debout. Quelque part dans mon... Dieu n'a pas accepté que le SIDA me tue, il n'a pas accepté de me voir perdre mon enfant je me suis battu La maladie là m'a pris au moins 2millions de francs mais si elle n'était pas battante comme elle l'est de chercher à gauche à droite elle s'est retrouvé comme elle t'a dit qu'elle désormais dans 'église du réveil. Et je suis aujourd'hui convaincu que si on ne partait pas là-bas avec mon fils il ne marcherait toujours pas, il ne marcherait toujours pas parce que moi je ne vais pas parler en profane qui va dire que c'est la prière qui l'a guéri, non la prière nous a orienté chez quelqu'un qui va le guérir je crois que c'est comme ça c'est ce qu'il faut dire. Donc au jour d'aujourd'hui j'ai un mal mais il a trait à mon âge je crois, j'ai 45 ans je crois qu'il y'a un lien parce que j'ai commencé à ressentir les effets de l'hypertension. Donc moi je sais que de temps en temps selon certains émotions mon cœur s'emballe mais bon je me disais que c'est l'émotion jusqu'à ce qui y'a environ 5ans je crois que c'est environ 5 ans ma tension était tellement élevé que ma fille a fait appel à son répétiteur. Parce que le gars répétait comme ça il était au CHU (Centre Hospitalier Universitaire) et je crois en 5^{ème} année. Donc le gars est venu j'étais en congés, il m'a pris il m'a amené dans un centre c'est un peu ça.

Etudiante : Okay et maintenant vous vous portez mieux ?

Mr Takam : Les pics de tension je ne les ai plus parce que ma femme aussi c'est une infirmière elle a toujours des brochures chaque fois qu'elle voyage elle achète des brochures de médecine pour se soigner soi-même, « Le petit médecin », « le petit docteur » (*nom d'une brochure*) donc elle m'a fait une décoction pour baisser la tension, elle ne réussit pas mal. Parce que c'est vrai que ça fait deux ou trois jours que c'est fini elle n'a pas refait mais je ne sens plus ça je n'ai plus senti ça.

Etudiante : Okay vous pouviez associer à ces décoctions-là, du repos, des relaxations et du sport.Ca vous fera du bien.

Mr Takam : Je ne sens plus ça il y'avait des nuits que ça cognait tellement fort que ça me dérange je transpire. Mais ce qui me faisait ne pas paniquer c'est que quand j'étais éveillé ça a baissé. Donc ça fait comme-cà quand je suis endormi quand je me réveille ça commence à baisser.

Etudiante : Espérons que tout ira pour le mieux. D'accord donc si j'ai bien compris Mr Takam, ce qui lui permet de maintenir le coup et d'espérer en un avenir meilleur c'est le simple fait de voir ses enfants réussir.

Mr Takam : Oui, ça m'a motivé beaucoup.

Etudiante : Et vous Mme Takam ?

Mme Takam : La même chose que lui (elle se met à rire). Ce qui après a fait que ... bon puisque bon...entre temps après je crois après un mois de la maladie il a eu le Zona. C'est alors là où je disais que voilà maintenant ce qui va le tuer ce n'était pas facile, même comme j'étais là pour le conseiller moi-même j'étais déjà mourante parce que euh mais Dieu merci je crois au bout de deux mois c'est fini.

Mr Takam : Parce que ça m'avais fait mal que j'étais convaincu que c'est quelqu'un qui m'a lancé ça. Je ne savais pas que c'est le Zona je ne savais pas, ça m'a fait mal rien ne m'a jamais fait mal comme ça.

Mme Takam : Et surtout quand les gens venaient pour rendre visite d'autres disaient que c'est sûr que le type ci est comme ça et tout et tout bon moi aussi je disais qu'ah il a eu problème avec son collègue ou il a fait quoi ooo. Asch c'est-à-dire quand les gens me regardaient (*silence*), Donc j'avais pris vraiment mon courage à deux mains comme on dit là, j'étais là et les enfants et jusqu'aujourd'hui aucun enfant ne connaît. Il était prêt un jour à dire j'ai dit que nooo laisse ne dis pas, si ce n'est pas moi il voulait même dire à ses gens j'ai dit non, tu vas dire ils vont faire quoi ? Ils vont enlever la maladie ? Va dire à ton docteur, si tu te sens autrement va dire à ton docteur dis-lui il va te dire le... tu vas les dire c'est comme ça que machin machin je ne veux pas. Même comme il avait dit à mon beau-frère le mari de ma grande sœur oui que si tu comprends que je suis mort c'est que c'est tel il (Mon beau-frère) a dit que et Sylvie (Mme Takam) il a dit non elle n'a pas il a dit okay. Et même jusqu'aujourd'hui il avait déjà dit à ma grande sœur et c'est comme ça que ma grande sœur a dit. Moi-même on est déjà venu me dire.

Mr Takam : C'était déjà devenu leurs sujets de commérages.

Mme Takam : Tu vois non donc, je ne veux même pas que... Et puis bon ses frères disaient qu'il faut faire le maximum c'est-à-dire que tous les examens même le SIDA il faut faire tout.

J'ai dit oui, je disais seulement dans mon cœur que si vous pouviez savoir que c'est ça mais moi et lui ont été là on savait que... Et puis Dieu merci aussi les enfants étaient là, ils étaient braves à l'école donc...

Etudiante : Okay et selon vous qu'est ce qui s'est vu amélioré et qu'est ce qui s'est vu dégradé dans votre vie de couple et de famille depuis la survenue de la maladie ?

Mme Takam : Moi je dirai que rien ne s'est dégradé hein au contraire.

Mr Takam : La relation s'est bonifiée au contraire parce que pour moi j'ai pris désormais ça comme une épreuve qui est venue me montrer juste en mes yeux combien ma femme m'aime. Oui donc, avant il y'a eu des épisodes qui m'ont fait avoir des doutes par rapport à sa fidélité mais avec du recul j'ai compris qu'il n'en était rien parce que à chaque fois que je rentrais ... à chaque fois que j'ai envie de... (*comme pour dire avoir des rapports sexuels*) et qu'elle n'obtempère pas dans un coin de ma tête je me demande mais elle a dû avoir à faire à quoi en journée au point de me dire que je (Mme Takam) suis fatiguée. Moi je suis allé j'ai soulevé le marteau, j'ai creusé le sol j'ai fait si j'ai fait ça mais je trouve la force de dire je ressens un besoin naturel que je dois assouvir.

(Mr et Mme Takam commence à se parler entre eux)

Mme Takam : Mais il y'avait un problème, j'étais fâché bon c'est comme ça que j'ai tourné le dos.

Mr Takam : Au lieu donc de me dire que tu es fatigué dis-moi que tu es fâché là je comprends.

Mme Takam : Mais c'est toi qui m'avais ... bon et c'est comme ça donc à chaque fois peut-être une semaine, deux semaines, un mois deux mois je pars je prépare la nourriture je mets il mangeait après quand ça s'accroissait je mets la nourriture il ne mange pas le lendemain il met l'argent. Je prépare je pose merde... c'est un jour quand ça a éclaté qu'il m'a dit que merde tu vas me dire ça aujourd'hui qu'est ce qui ne vas pas qu'est-ce que tu veux ? Il est vrai que bon avec les chicottes et tout et tout c'est arrangé et avant que tout ne s'arrange il s'était déjà lancé dehors (comme pour dire que Mr Takam a eu des conquêtes dehors) et c'est comme ça que ce qui est arrivé arriva.

Mr Takam : Donc quand je viens donc voilà les deux épreuves, il y'a la maladie et je peux dire mon adultère je crois que c'est aussi comme ça qu'on appelle. Parce que quand on avait eu ces problèmes j'avais eu une aventure dehors.

(Mme Takam s'exclame « que comme celle la fait chier même à la maison pour parler d'elle)

Mr Takam : Pour dire franchement quand j'ai appris que je suis malade j'ai perdu l'espoir pendant à peine une semaine le temps de savoir qu'elle est sauve et plusieurs autres éléments qui s'ajoutent ça m'a ragailardi.

Etudiante : Pouvez-vous me parlez des réaménagements que vous avez établis dans votre nouveau mode de vie ?

Mr Takam : Le fait que ce soit elle qui part chercher mes médicaments a fait que les conseils qu'on donne aux malades là-bas aux patients là-bas rentraient dans ses oreilles directement, les attitudes du voisinage entraient dans ses oreilles directement C'est elle qui venait me dire on a dit qu'il faut faire ci il faut faire ça il ne faut pas qu'il se sente stigmatisé il ne faut qu'il se sente frustré. Elle le disait en l'appliquant et il faut toujours bien manger il faudrait s'assurer qu'il ait bien mangé. Elle le disait en le faisant.

Mme Takam : J'ai oublié de dire même que tu dois me donner 10.000 par jours (elle le disait comme pour taquiner son mari et tous les deux se sont mis à éclater de rire).

Mr Takam : Tu peux toujours le dire mais seulement que ça a déjà trop duré.

Etudiante : Et vous Mme Takam.

Mme Takam : Oui surtout que quand il a guéri du Zona ça m'a réconforté. J'ai compris qu'il y'a espoir. Même comme j'étais là pour le consoler moi-même j'étais déjà mourante mais Dieu merci.

Mr Takam : Même le cardiologue que j'avais rencontré je crois c'était lundi c'est quand il finit de m'ausculter qu'il me demande que j'ai fait le test il dit quel a été le résultat je dis je suis séropositif il me demande tu es déjà pris en charge j'ai dit oui. Il me dit tu as fait ta charge virale je dis oui je la fais tous les ans et le résultat je lui dis indétectable il me dit waouh c'est bien c'est parfait donc tu vas finir ta vie comme tout le monde et il me dit évite seulement que ta charge virale soit détectable tant que c'est indétectable cava. Après il m'a dit que c'est bien

comme c'est indétectable mais que c'est bien de toujours signaler car si une maladie survient on doit suivre un protocole particulier.

Etudiante : Merci Beaucoup Mr et Mme Takam pour avoir partagé votre vécu de cette expérience avec nous. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

Mme Takam : Ce que je pourrai ajouter c'est que quand je suis arrivé là-bas (long silence) avec les femmes et les hommes quand on causait tu vois une dire que je suis à ma cinquième année l'autre à ma dixième année. L'autre vingtième je dis ah j'étais étonné. On dit qu'il y'a même une de 30 ans et qu'elle va bien. Donc quand je voyais des gens passés je vois depuis 30 ans j'étais étonné.

Mr Takam : Moi je dirai que, si les jeunes d'aujourd'hui pouvaient m'entendre je leur dirai que faites bien votre choix prenez votre temps je parle du choix du conjoint. Regarder sur une échelle de 10 si le gars est positif d'après vos souhaits de futur mari s'il est positif sur 7 points donc s'il a un score de 7 sur 10 pour moi c'est parfait parce que pour moi un être parfait n'existe pas. Donc quand tu décides de te mettre avec celui-là tu prends la résolution de toujours t'appuyer sur les 7 points positifs pour fermer les yeux sur les 3 points négatifs. Si un jour de suite de prière il ajoute un 8^{ème} point dis Dieu merci mais s'il perd 1 point sur ces 7 points et descends à 6 il faut attirer son attention et trouver les mots pour le lui dire mais pas en terme de réprimande mais trouve les mots adéquats pour le lui dire pour qu'il ressente plutôt le regret d'avoir agit comme ça et il va se racheter. Mais dire qu'il va répondre à 9 sur 10 même 8,5 sur 10 parce que nous qui exigeons à notre conjoint d'être parfait nous ne le sommes déjà pas. Donc il y'a un dicton chez nous qui dis « *on n'est pas né deux fois mais si tu arrives à te mordre la dent encore aujourd'hui combien de fois deux personnes qui ont grandis chacun dans sa culture* » donc la dent dès que la dent a poussé elle a trouvé la dent et c'est comme ça depuis si tu as 2 ans si tu as 100 ans si tu 2 mois c'est pareil mais ils arrivent à commettre les erreurs au point ou la dent se trouve en train de mordre la langue. Donc tu comprends que si tu ramènes ça à l'échelon humain, tu comprends des fois qu'il va te répondre parce qu'il a passé une mauvaise nuit ou une mauvaise journée, c'est pourquoi quand il parle tu baisse la garde. Et puis quand tout est calme tu lui demandes mais chéri qu'est ce qui s'est passé et là il pourra s'excuser.

Etudiant : D'accord, vous avez dit que vous faite quoi comme profession ?

Mme Takam : Moi je suis femme au foyer et lui mécanicien.

Etudiante : Ok merci et vous avez dit que vous êtes en couple ça fait combien d'années ?

Mr Takam: Ça fait déjà 20 ans.

Etudiante : D'accord merci beaucoup Mr et Mme Takam, je vous remercie d'avoir accepté cordialement de participer à cette étude et de nous avoir accordé de votre temps pour que ces entretiens aient lieu. Pour clôturer nous allons prendre quelques données identificatoires restantes.

ANNEXE 8 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC LE COUPLE SIMO

Cet entretien a eu lieu dans la salle d'écoute de l'Hôpital Central de Yaoundé, le mardi 17 mai 2022 à 10h30min. Sa durée est de 1h45min

Etudiante : Bonjour Monsieur et Madame, je suis étudiante en Psychologie et je mène une étude sur les couples sérodiscordants. En effet, je suis Mbatchanou Nzini Cyntia Manuella, étudiante en Master 2 Psychologie à l'Université de Yaoundé I et je mène une étude auprès des couples sérodiscordants dans le but d'appréhender comment les couples sérodiscordants font face à la situation de sérodiscordance. Comme vous avez déjà pu le savoir, un couple sérodiscordant c'est celui-là dans lequel les partenaires ont des statuts sérologiques différents. Ainsi comme vous avez pris connaissance de moi, j'aimerais que chacun à son tour puisse se présenter. Je vais commencer par vous Mr.

Mr Simo : oui, moi c'est Mr Simo, j'habite à Olembé, j'ai 39 ans, je crois que c'est largement suffisant pour ma part.

Etudiante : et vous Mme.

Mme Simo : je m'appelle Kuchi épouse Simo, j'ai 35 ans j'habite Olembé.

Etudiante : merci pour les présentations. Bon avant d'entamer sur le statut du couple sérodiscordant, j'aimerais que nous abordions ensemble votre vie conjugale en passant par votre rencontre, votre mise en couple, votre demande en mariage et jusqu'à votre mariage. Donc si vous pouvez m'édifier sur comment vous vous êtes rencontré, comment vous vous êtes mis en couple. Si je peux commencer par Monsieur.

Mr Simo : Vous me demandez comment j'ai fait pour la rencontrer mais naturellement comme tous les hommes nonn, naturellement vous trouvez une femme vous la draguez. Puis elle accepte, puis vous vous mettez ensemble. C'est aussi si simple. Si elle ne veut pas se mettre ensemble c'est là que.... C'est très difficile pour moi de vous expliquer comment j'ai dragué, si j'avais dit je vais t'acheter une voiture, non non je pense que c'est très très difficile. En dehors de vous dire je l'ai, on s'est mis ensemble et on continue dans la même mouvance.

Etudiante : en effet quand on parle ici de mettre en couple, et la rencontre ce n'est pas forcément dans les détails mais tout simplement comment vous vous êtes rencontrés, à quel âge, comment s'est faite la demande en mariage et pourquoi pas le mariage.

Mr Simo : je comprends mais je ne sais pas si scientifiquement ça va aider dans les recherches. On est ensemble ça fait plus de 14 ans, c'est difficile de se souvenir de tout. Pour ma part c'est trop compliqué de se souvenir de tout. Bon naturellement comme tout homme demande à une femme s'ils vont faire ensemble le mariage d'une manière naturelle, si elle est prête à se marier elle a dit oui. Et puis on s'est mis ensemble on a manifesté tout ce qu'il fallait.

Etudiante : à vous Mme Simo.

Mme Simo : on s'était rencontré de façon naturelle, comme la femme et l'homme se rencontre, nous sommes tombés d'accord on s'est mis ensemble. Bon c'était arrivé.

Etudiante : et quand vous vous êtes rencontrés le mariage a suivi de suite ?

Mme Simo : non le mariage n'est pas venu une fois, on a commencé ensemble et puis c'est arrivé un jour qu'on se mette ensemble.

Etudiante : Et ça a mis combien de temps de votre rencontre à votre mariage ?

Mme Simo : un an

Etudiante : d'accord, merci pour ces éclaircissements en ce qui concerne vos débuts en tant que couple. Maintenant j'aimerais savoir comment suite à ce mariage vous perceviez votre vie de couple et de famille, vu que vous êtes parents.

Mr Simo : en ce qui me concerne nous on a aucun problème parce que nous sommes suffisamment mûrs dans la tête, nous n'avons aucun problème, donc les difficultés nous les prenons comme ça, elles arrivent, elles partent, elles s'éternisent. Les difficultés dans notre vie, déjà chacun sait comment il est relié au monde. Donc il y'a ceux que les difficultés les surprennent, ceux que les difficultés ne les surprennent pas parce qu'ils ont eu une vie difficile. Donc moi et mon épouse, on n'a aucun problème, nous on prend la vie comme on dit comme ça vient.

Etudiante : je vais reformuler ma question, je parlais ici en termes de lorsque vous vous êtes rencontrés et suite à votre mariage, donc avant même qu'il y est cette situation. Laissons un peu la situation adverse lointaine, après votre mariage comment vous en tant que papa ou en tant que mari vous perceviez votre vie de couple et de famille à long terme ?

Mr Simo : après le mariage ce qu'on pense c'est faire les enfants, et ne pas être dérangé si c'est chacun pense à ça. Et quand Dieu bénit ce que vous pensez. Bon chacun pense à sa manière, d'autres pensent à avoir une fortune, il y'a ceux qui pensent avoir des enfants et d'autres pensent autres choses, chacun pense à sa manière. Ma part j'ai pensé juste que, l'enrichissement n'est pas venu dans ma tête. C'était juste être heureux et avoir des enfants c'était tout.

Etudiante : et vous Mme Simo.

Mme Simo : je vois mon couple bien, j'avais toujours les idées d'avoir une famille, des projets comme bien élevés les enfants situés c'est tout.

Etudiante : et en tant que couple quelle était votre vision du couple ?

Mme Simo : ma vision du couple c'était juste l'entente, c'est tout.

Etudiante : okay, là nous avons abordé votre vision chacun de votre couple et de votre famille suite à votre mariage. Maintenant on va faire un petit décalage au niveau de la maladie en elle-même. Parlez-moi de ce que vous connaissiez en ce qui concerne le SIDA et la sérodiscordance avant de découvrir que vous êtes un couple sérodiscordant.

Mr Simo : vous posez une question peut être facile à répondre pour moi personnellement parce qu'en réalité quand on vit on est susceptible d'avoir tout cancer, SIDA, folie, accident. On est susceptible de tout avoir. Donc pour moi personnellement je ne suis pas né comme tous les autres, je suis d'abord né de telle manière qu'on m'a dit, on m'a donné à un que va l'enterrer parce que j'étais malade ; Parce que j'étais malade on lui a remis, on a dit que le monsieur ci il est malade, ces sœurs sont malades, bon prend celui-là s'il arrive et il meurt tu l'enterres. Ça a fortifié ma vie, j'ai compris qu'on ne meurt pas par rapport à ce qu'on a dit, on meurt par la volonté de Dieu. Donc pour moi quand je comprends SIDA je le prends aussi comme toutes les autres maladies, je le prends comme ça comme toutes les autres maladies, ça peut arriver à tout le monde. Et grâce à ça je suis fort dans la tête. Parce que même ceux qu'on a dit prend le et tu pars l'enterrer tous ces gens sont morts, je suis encore là donc c'est la volonté de Dieu qui contrôle la vie. En ce qui concerne le SIDA, pour moi personnellement je vois une malhonnêteté

scientifique, politique (projection). D'autant plus que ce n'est pas dans un siècle comme le nôtre maintenant là qu'on pouvait parler d'une maladie plus de 20ans. Donc il y'a d'abord une malhonnêteté scientifique et politique parce que les gens sont informés mais ils n'ont pas moyen de faire face à cela c'est-à-dire financiers, pour prévenir voilà parce que généralement vous ne pouvez pas vous acheter une tondeuse, vous ne pouvez pas faire de vous-même vous êtes obligé de passer par les autres. Vous êtes dans une situation de précarité très poussée. Donc quand je dis volonté politique, il y'a beaucoup d'argent les gens se font beaucoup d'argent dedans. On les voit passer avec des Prado alors que ce ne sont pas eux les nécessiteux. Les nécessiteux sont là eux-mêmes dans la poussière. Bon c'est pour ça que je conclus comme ça mais ce qui me remonte c'est parce que je sais que c'est Dieu qui décide. Si Dieu a décidé que c'est par là où tu vas partir, c'est par là où tu vas partir quel que soit ce que vous allez manifester vous allez trouver que vous avez contracté cette maladie sans toutefois avec toutes les précautions que vous avez prises vous allez vous retrouver dedans voilà. Peut-être ce n'est pas bien répondu.

Etudiante : non ne vous inquiétez pas il n'y a pas une bonne ou une mauvaise réponse. Mais j'aimerais juste que vous me parliez un peu plus de vos connaissances en ce qui concernait les couples sérodiscordants avant d'en être un.

Mr Simo : bien sûr je suis un homme instruit, je ne suis pas analphabète, c'est-à-dire que je connais ce que vous venez de dire. Et comme je venais de répéter si vous n'êtes pas quelqu'un psychologiquement et mentalement fort, vous allez vous retrouver en train d'avoir un AVC parce qu'on vous a dit ce genre de choses Mais quand vous êtes fort, vous dites bon si c'est ce que Dieu a décidé, si c'est ce que la nature a décidé vous devez vivre avec ; Puisqu'il en a fait pour les autres, vous n'êtes pas le seul il y'a ceux que ça a décidé la folie, il y a ceux le Cancer. Celui qui a le cancer ce n'est pas forcément une contagion de sang. Si la vie a décidé que vous devez être dans l'autre cas vous devez vous arrangez avec. C'est comme ça que je conçois la vie hein. Ah oui moi je conçois la vie de cette manière que chacun a son cas. Et puis il n'y a pas trop à dire c'est la faute c'est parce que tu as fait telle chose. Parce que ça n'a pas exactement un compteur qui dit que c'est parce que tu es allé te coiffer que tu as contacté ou c'est parce que vous êtes allé au lit avec un autre. Rien n'indique clairement ce qui vous est arrivé. Donc ça peut vous arrivez, ce n'est pas toujours parce que vous êtes allez dans le lit avec un homme ou avec une femme, ou parce que vous pouvez décidément aller vous coiffer ou utiliser la chose qui est déjà contaminé. Si c'est votre cas vous allez seulement souffrir de ça, si Dieu ne vous a

pas gardé ne vous a pas préservé de ça vous risquerez toujours tombés, vous allez tomber. Voilà donc c'est de ça qu'il est question.

Etudiante : okay merci Mr Simo, et vous Mme Simo que pouvez-vous nous dire à ce sujet ?

Mme Simo : je n'avais aucune idée, c'est arrivé, c'est arrivé je ne sais plus comment vous dire. Dans la vie il faut s'attendre à tout, il faut être fort.

Etudiante : d'accord, donc si je vous comprends bien ça veut dire que vous n'aviez jamais entendu parler du SIDA et de la sérodiscordance.

Mme Simo : oui j'avais déjà entendu, mais sans comprendre comment une personne a l'autre n'a pas dans un couple, c'est ce que je voulais dire.

Etudiante : d'accord. Pourriez-vous me parler cette fois Mme de comment vous avez découvert que vous êtes séropositive ?

Mme Simo : à chaque 3 mois j'avais l'habitude de me prélever, bon ce jour je rentrais du de chez ma copine et vers le carrefour je me suis arrêté donc c'est par là qu'on a découvert.

Etudiante : vous avez fait un test ?

Mme Simo : oui parce qu'ils s'arrêtent souvent dans les carrefours.

Etudiante : Okay, et lorsque vous avez pris connaissance de cela comment vous avez réagi, qu'est-ce que vous avez ressenti à ce moment ?

Mme Simo : ah j'ai pris courage je suis allé à la maison, donc ce n'était pas facile, j'ai quand même appelé j'ai dit après il a dit qu'on jette une femme parce qu'elle a les sales habitudes (pleurs) et non parce qu'elle est malade (long silence).

Etudiante : et vous étiez dans quel état à ce moment ?

Mme Simo : ah comme tout le monde peut être quand on t'annonce une terrible nouvelle.

Etudiante : et selon vous pourquoi cela était terrible ?

Mme Simo : Puisque dans ma tête je m'étais dit que c'était fini, puisque je l'avais parlé que je pense que (pleurs).

Etudiante : okay merci beaucoup Mme pour ce courage dont vous faites preuve pour partager cela avec nous. C'est vraiment digne de beaucoup de courage de votre part. Et si je vous ai bien compris vous avez fait part de cela à votre mari juste après avoir pris connaissance de vos résultats.

Mme Simo : oui effectivement.

Etudiante : d'accord. Mr Simo parler-nous de comment vous avez vécu à l'immédiat cette annonce de la part de votre épouse.

Mr Simo : Naturellement ça fait mal, mais il faut surpasser, il faut surmonter ton mal, il faut dépasser ton mal. Bon comme ce n'est pas la première fois que vous avez eu à voir les gens mourir de cette maladie, puisque j'ai même des collègues qui sont décédés de cette maladie, si vraiment quelqu'un est lié à vous, si vous avez en vous le sens humain ce n'est pas le moment que vous devez affaiblir quelqu'un parce qu'il est malade, parce qu'il se retrouve malade. C'est le moment de le reconforter et ne pas amener des jugements. Les jugements ne le reconfortent pas et ne vous reconforte pas aussi. Au contraire, si vous amenez le jugement vous vous enfoncez et vous l'enfoncez aussi. Le jugement n'est plus nécessaire. Quand vous trouvez quelqu'un accidenté, vous n'êtes pas là pour savoir s'il traversait la route mal ou bien, la seule chose c'est de le porter et de l'amener à l'hôpital. Vous n'êtes plus là pour apporter un jugement donc la première des choses c'est de le sauver. Donc ça fait mal mais c'est la vie. Donc vous ne pouvez que supporter le même chagrin, la même souffrance, les mêmes difficultés voilà. Si vous avez le sens humain vous n'êtes plus dans le jugement mais plutôt dans l'acceptation. Parce que si vous avez un seul moment de faire un jugement vous allez laisser la personne. Donc il faut être fort c'est-à-dire dire que mieux ça qu'autre chose. C'est comme ça que j'ai pu surmonter ce problème c'est parce que j'ai dit mieux ça qu'autre chose, autre chose comme la folie, le cancer, l'éléphantiasis, mieux ça qu'autre chose.

Etudiante : là on a pu avoir le ressenti que vous avez tous les deux eu suite à l'annonce et on peut remarquer que ces ressentis allaient tous les deux vous reconforter face à la gestion positive de la situation. Par ailleurs une fois la maladie installée dans le couple il pourrait s'en suivre quelques changements dans le couple que ce soit positifs ou négatifs. Pouvez-vous m'édifier en ce qui concerne ces changements, que ce soit au niveau de vos habitudes quotidiennes en tant que couple, de vos sorties, de vos activités en couple, de vos projets avant l'arrivée de la maladie.

Mr Simo : ce que je vais vous dire, ce que je voudrais attirer votre attention c'est qu'en dehors des relations protégées, rien n'a changé nous avançons dans nos idées comme avoir encore des enfants, dans nos habitudes, nous n'avons rien changé. Donc en dehors des relations protégées, nous continuons à penser dans les mêmes, nous continuons à élever notre enfant nous continuons dans le même sens. Bon c'est vrai que de temps en temps la maladie..., bon d'une manière naturelle chacun est appelé à être malade, donc ce n'est que le changement là. Au contraire ça nous a beaucoup lié, beaucoup lié c'est-à-dire, je deviens forcément très regardant sur la manière dont elle vit. Donc très regardant, il faut qu'elle mange, il faut qu'elle ne soit pas frustrée. Il ne faut pas qu'elle ait à se stresser donc je dois toujours être très prêt à l'aider qu'elle ne pense pas beaucoup. Parce que ça fait beaucoup pensé, donc nous vivons comme ça. Mais en ce qui concerne les projets rien n'a changé mais plutôt je deviens très regardant, regardant qui n'a rien à voir avec, je deviens très regardant vis-à-vis d'elle c'est-à-dire qu'il faut que je me rassure s'il n'y 'a aucun problème. Je dois me rassurer si elle n'est pas stressée, je dois me rassurer de regarder sa figure à tout moment pour savoir s'il y'a quelque chose qui, je peux même. Je deviens très regardant de telle manière que même s'il y'a un petit truc je suis déjà au courant avant qu'elle ne me le dise. Voilà c'est dans ce sens que je dis que je suis regardant, je suis devenu très regardant voilà.

Etudiante : merci Mr Simo et vous Mme Simo ?

Mme Simo : ça n'a pas changé, c'est toujours comme ça a toujours été. Puisqu'il me soutient beaucoup je ne ressens pas, c'est juste un réconfort je suis à l'aise. Puisqu'il me soutient beaucoup je ne ressens pas.

Etudiante : oui vous dites que vous avez le réconfort de votre mari, mais je voudrais connaître les répercussions instantanées qui ont pu surgir suite à l'annonce.

Mme Simo : oui il y'avait eu le premier jour comme je vous ai dit, parce que je l'avais annoncé en disant que je pense que c'est fini entre nous deux. Donc depuis ce jour je n'ai plus des idées dans ma tête.

Etudiante : donc si je vous comprends bien selon vous c'est seulement le premier jour que les idées pareilles vous sont passés par la tête et grâce au réconfort de votre mari vous avez pu surmonter cela. D'accord Mr, est ce qu'une personne autre que Mme et vous êtes au courant du statut de Mme ?

Mr Simo : non mais sa famille, sa famille... c'est une maladie familiale, c'est une maladie qu'on ne peut pas gérer seul sans toutefois dire à la famille. Bon sa famille mais par soucis de ne pas la frustrer dans ma famille. Je n'ai pas dit dans ma famille parce qu'en réalité c'est très compliqué de dire, mais c'est plus facile à sa famille. En tout cas chacun sait comment il protège sa personne. Voilà donc bon ma famille particulièrement ne..., c'est très difficile de leurs dire voilà. Mais sa famille j'ai alerté. Mais comme je disais tantôt qu'elle m'avait dit que le mariage est fini j'ai dit non moi je ne vois pas comme ça par contre je lui ai dit que si tu avais de mauvaises habitudes c'est là où tout s'arrête mais si c'est parce que tu es malade rien ne peut s'arrêter au contraire c'est moi qui dois te tenir la main. Je ne veux pas être en train de juger ah tu es parti avec un autre homme. Tu es parti non, je ne suis pas là pour juger, je ne juge plus comme ça, c'est déjà là, on ne juge plus, ça ne peut plus aider en quoi que ce soit ? Ça pouvait arriver dans toutes les étapes de la vie quotidienne, journalière on peut se retrouver en train d'être fauché. De cette manière donc je ne juge pas comme ça, mais pour ce qui me concerne, comme je vous disais tantôt je ne peux pas annoncer à tout le monde, ce n'est pas possible on ne le fait pas.

Etudiante : et vous Mme Simo est ce qu'il y'a d'autres personnes à part votre mari et votre famille qui sont au courant de votre statut ?

Mme Simo : Non personne

Etudiante : et suite à l'annonce, est ce que vous avez remarqué des changements vis-à-vis de vous ou de votre couple.

Mme Simo : Non je suis même plus honoré dans ma famille.

Etudiante : donc ça veut dire que la famille est aussi là comme un soutien pour vous si je vous comprends bien.

Mme Simo : oui

Etudiante : bon désormais que vous êtes un couple sérodiscordant que pouvez-vous dire sur le SIDA

Mme Simo : moi ce que je peux dire c'est qu'il faut juste être forte, ce n'est pas la fin du monde. Il y'a les maladies qui dépassent le SIDA, quand tu prends bien tes médicaments tu peux vivre même jusqu'à ce que tes jours arrivent que Dieu avait mis que ça arrivent or il y'a les maladies qu'en quelques minutes tu meurs. Il faut être courageuse ce n'est pas parce qu'on vous a dit que vous avez une maladie que vous devez vous suicidez. On se suicide surtout quand on est rejeté. Et quand on n'est pas rejeté bon tu remets entre les mains de Dieu, tu dis merci parce que tu pouvais prendre autre chose qu'on ne pouvait même rien faire. Et avec ceci (le SIDA) ça ne t'empêche rien. Tu fais tes activités, tu fais tes petits trucs comme d'habitudes.

Etudiante : merci Mme Simo et vous Mr Simo.

Mr Simo : reformulez un peu la question s'il vous plait.

Etudiante : en effet je demandais que maintenant que vous êtes un couple sérodiscordant, qu'est-ce que vous pouvez dire du SIDA et des couples sérodiscordants.

Mr Simo : ce que vous devez savoir c'est qu'avec le COVID 19 ça m'a beaucoup édifié aux soupçons que j'étais en train de faire. Au départ j'avais les soupçons sur le fait qu'il fallait augmenter le taux de mortalité en Afrique et cette histoire est venue à une époque je ne me rappelle plus très bien. A laquelle on conseillait aux gens de ne plus faire des enfants, bon c'est l'Occident qui demandait de respecter le planning familial et ainsi de suite alors l'Afrique n'a pas accepté, alors ils ont versé ça. C'est ce que je pense, ils ont versé ça pour automatiquement réduire la population africaine et en effet ils ont réussi. A l'heure actuelle, ils ont réussi parce que ce sont les millions de femmes qui sont mortes en Afrique, et ces millions de femmes et hommes qui sont morts devaient avoir aussi des enfants, devaient avoir aussi une vie. Maintenant ils ont réussi avec ça en Afrique et c'est pour cette raison que les séquelles de ça continuent jusqu'à nos jours parce qu'en réalité être en train d'avoir un comprimé que tu dois boire pour qu'il ne soit pas en activité ça veut dire tout simplement qu'il est là mais il n'est pas activité et on peut continuer à se mais par contre si ce n'était pas bien programmé pour l'Afrique on aurait déjà réussi à avoir le remède de ça. Mais malheureusement c'est fait pour l'Afrique pour réduire, s'il y'a même quelques-uns en Europe c'est les dégâts collatéraux. Bon un peu le cas même de COVID 19 que je dis que ça m'a beaucoup édifié parce que l'Europe avait beaucoup de vieillards ce qui faisaient que l'assurance était aussi très lourde et qu'il n'arrivait plus à s'en sortir quand vous regardez Obama, Gates, l'autre Trump est venu il a dit qu'il met ce problème de côté. Bon ils ont trouvé ce qu'il faut faire pour réduire la vieillesse alors ils ont

implémenté le COVID-19 pour tuer tous les vieux qui sont susceptibles à s'assurer qui devait en effet coûter chez aux assurances. Ils ont réussi en effet c'est en train de tuer même si quand ça arrive en Afrique c'est un dégât collatéral. Donc même si les Africains sont en train de mourir de COVID c'est des dégâts collatéraux mais en réalité c'est un plan élaboré pour ça c'est les penseurs qui inventent tout ça mais puisque le continent Africain c'est un continent dépourvu de moyens politiques, financiers ils sont obligés de tout accepter, même quand on lui dire qu'on va venir mettre ça. Il dit mettez simplement pourvu que vous nous donnez les moyens pour qu'on puisse contenir puisque je suis convaincu qu'on a même expliquer au chef de l'Etat que voilà ce que nous voulons, vos populations refusent de respecter le planning familial on va les faire respecter le planning familial par la mort, et voilà les chefs d'Etat d'une manière politique ils acceptent puisque qu'on les avertit que si on laisse vous-même vous serez incapable de gérer votre population dans une dizaine d'années ils vont atteindre vingt milliards, vingt millions je ne sais combien et vous ne serez plus capable de les nourrir or les chefs d'Etats acceptent parce qu'ils sont affaiblis. Bon maintenant en ce qui concerne cette histoire, moi je sais que c'est possible, les scientifiques ne peuvent pas réfléchir pour une situation des décénies sans avoir le comprimé mais comme le COVID-19 a réussi à éliminer les vieillards à l'heure actuelle ils sont en train de vouloir implémenter un vaccin, mais chez nous il n'y a jamais eu un vaccin donc en réalité moi je vois une maladie bien réfléchit bien programmer pour réduire le taux en tout cas les nombres des habitants en Afrique. Puisque chez eux quand même ils respectent le planning familial, chez eux ils ont un enfant chez nous, ils savent comment réfléchir ils pensent pour le monde mais ils pensent pour le monde en leur manière diabolique. Et comme généralement les chefs d'Etats réfléchissent aussi à la manière du diable ils sont obligés d'adhérer donc il faudrait que ces chefs d'Etats Africains puissent quand même les souillés pour leurs dire que vous ne pouvez pas quand même nous dire qu'on avait accepté ça, et ça nous souille déjà parce qu'on a déjà plus de trente ans avec une même maladie sans remède. Les chefs d'Etas devaient déjà leurs dire que nous même nous sommes déjà ridiculisés, souillés avec ce problème puisque vous ne pouvez pas nous expliquer que pendant des décénies on n'arrive pas à trouver un remède pour une maladie que vous avez-vous-même eu à mettre sur pied. Mais malheureusement ces chefs Africains comme ils sont toujours dans les bottes de ces blancs, ils sont incapables de les dire mais en réalité il fallait même déjà les dire que c'est très souillant que depuis des années on n'arrive pas à avoir un remède. On devait même profiter avec le COVID-19 pour les dire que voilà vous avez déjà le vaccin par contre l'Afrique n'a jamais eu de vaccin contre cette maladie, ils nous font comprendre qu'il faut attraper cette maladie, prendre le comprimé pour

vous maintenir ça c'est même diabolique, au lieu de plutôt dire voilà on vous vaccine pour que vous n'ayez pas ça voilà, que de dire qu'allez si vous attrapez venez on vous donne le comprimé pour que vous vous maintenez sinon vous allez mourir. Moi je pense que l'Afrique devait même dire à leurs Européens là que c'est déjà trop ça on nous a beaucoup ridiculisé. Ça a ridiculisé même notre science, ça vous ridiculise vous-même, ça montre que vous n'avez aucune considération pour les Africains. Parce que si un seul instant vous avez la considération pour les Africains vous devez déjà dire que non voilà un vaccin quand vous allez prendre vous n'aurez jamais plus ça mais vous ne faites que dire aux gens allez prendre, puis vous venez prendre le comprimé pour vous maintenir en vie. Généralement on part qu'à la queue leu, tu te coiffes l'autre entre, tu te coiffes l'autre entre, les femmes qu'on viole elles ne sont pas susceptibles à avoir ou les hommes qu'ont violent, elle n'est pas allée chercher d'elle-même. Mais il fallait penser comment faire les vaccins pour que les gens ne puissent plus avoir ça, mais malheureusement on est plutôt on conseille dans les carrefours à dire que si tu es malade tu pars prendre les comprimés pour ne pas mourir. Est-ce-qu'alors c'est aidé quelqu'un puisque ce n'est pas une maladie qu'on pourrait dire que quelqu'un est parti cassé la porte de quelqu'un avant d'y avoir, il y'a beaucoup qui ont eu ça parce qu'ils ne sont pas suffisamment informés, parce que c'est accidentellement, parce que l'Afrique a ses difficultés. Vous n'allez pas dire à quelqu'un qui n'arrive pas à manger d'aller acheter une tondeuse, il lutte d'abord pour manger et il part se coiffer à deux cents. Ou bien dans la nuit quelqu'un qui est en train de passer son chemin et les bandits l'arrêtent. Comment on peut penser à seulement dire venez savoir votre sérologie et venez prendre les comprimés, pourquoi ne pas dire aux gens que venez prendre le vaccin, pourquoi on s'éternise seulement à dire aux gens de venir prendre les comprimés pourquoi on ne vaccine pas les gens. C'est pour ça que je parle de la politique diabolique un peu comme nos gouvernements à l'heure actuelle il marche partout pour distribuer les moustiquaires. On vous distribue le moustiquaire alors que vous êtes susceptibles d'attraper le paludisme à tout bout de chemin au lieu de réfléchir à comment nettoyer les rigoles, comment est-ce qu'on peut nettoyer la ville pour ne pas avoir les eaux stagnantes, on pense plutôt à comment on doit distribuer les moustiquaires pour que tu dormes bien mais quand tu viens au salon pap... le moustique te prends et puis tu as le palu mais quand tu arrives à l'hôpital on te pose la question tu dors dans une moustiquaire alors que peut être que le moment que tu as eu ton palu c'est le moment où vous êtes parti pissé et on vous demande si vous avez la moustiquaire au lieu de chercher à nettoyer les rigoles. C'est ça que je parle de la politique du diable, de vous faire croire qu'on vous aime donc en réalité. Donc le gouvernement pense, veut

faire croire à la population qu'on l'aime, on est soit malade vient prendre les comprimés pour ne pas mourir alors qu'on pouvait te dire voilà si tu prends le vaccin tu ne tomberas pas malade, voilà un peu ce que je dis !!!

Etudiante : merci Mr pour nous avoir expliqué de fond en comble votre conception du VIH/SIDA. Mr et Mme Simo vous avez vu avec moi qu'un retour sur le contexte de l'annonce de la situation aversive a pu mettre en exergue les changements issus de la séropositivité dans le couple. C'est dans ce sens que par la suite comme je vous ai dit au départ l'objectif de cette étude est de connaître comment le couple a pu faire face à l'annonce du statut sérologique positif d'un des partenaires dans le couple, c'est pourquoi j'aimerais que vous m'éclairiez sur ce qui selon vous vous a permis de faire face à cette situation.

Mr Simo : je vous ai dit par le passé que ça va d'un individu à l'autre, il y'a ceux qui vivent le présent, le passé ou le futur ne les regarde plus. Mais quelqu'un qui sait là où il vient et il sait les difficultés de la vie, il sait le futur et il a en lui le caractère sacré c'est-à-dire l'être humain avant tout ne peut en aucun cas changer son habitude par rapport à ce qu'une maladie s'est présentée dans sa famille. C'est une éducation que chaque parent devrait donner à son enfant, n'abandonne pas ton mari ou n'abandonne pas ta femme parce qu'il (elle) est malade, on abandonne quelqu'un quand il est en santé. Il faut que quand vous l'abandonnez, vous l'abandonnez quand il est en santé par rapport à par rapport mais quand la maladie est déjà là c'est le temps de le soutenir. Parce que rien ne prouve que vous-même qui l'abandonner vous allez toujours être en santé car vous ne voyez pas votre vie dans une boule de Crystal. Qu'est-ce qui vous dit que pour lui là n'est pas mieux que ce que vous aurez demain. J'en ai vu un vieux papa d'un quartier voisin sa femme l'a abandonné parce que le monsieur était malade il a eu la tuberculose, la femme a quitté le foyer mais Dieu merci le type a, à ce moment la tuberculose. Donc la femme a quitté son foyer parce que son mari était devenu tuberculeux, le monsieur a souffert et il a guéri. La femme est partie le monsieur a repris son travail il a rebâti sa maison à SODICO, la femme a eu le cancer c'est-à-dire peut être deux ans après. La femme avait quitté son mari pour se retrouver chez son frère là-bas on a su que le cancer s'est présenté et un cancer visible, le cancer du pied. Le monsieur, on appelle maintenant le monsieur d'une manière très courageuse pour lui informer que vraiment on arrive plus à s'en sortir parce que votre femme a eu le cancer. Le monsieur très intelligent, dis que bon si c'est ma femme elle devait être chez moi c'est parce que c'est votre femme qu'elle est chez vous. Vous m'appelez maintenant en phase terminale d'un cancer que je dois faire comment. Je viens quand même, il

est allé à la Quintinie, la femme n'avait que les yeux pour pleurer et puis elle est décédée. Donc être en train de croire que vous voyez la vie avec une boule de cristal et vous dites que parce que tel est malade susceptiblement il va mourir avant vous moi non, vous pouvez traverser la route là la voiture vous cogne donc il ne faut pas voir la maladie comme quelqu'un qui va mourir demain. C'est ce qui se passe parce que beaucoup de gens lorsqu'ils apprennent que quelqu'un est malade ils l'évitent parce qu'ils pensent que la personne va mourir donc il se dit que lui qui n'est pas malade il est bien, il ne pense pas à ça il voit seulement qu'à l'instant il est en santé. C'est pour ça que je parlais tout à l'heure qu'il y'a des gens qui voient seulement le présent, ils ne voient pas le futur. Donc nous on a quand même eu la chance que mon père étant chrétien, ma mère étant chrétienne très croyants très tôt on nous a donné l'éducation pas parce qu'ils étaient malades, pas parce que nous étions malades mais parce qu'on allait rendre visite à ceux qui étaient malades ; mais parce qu'ils nous ont mis dans la tête que non on doit abandonner quelqu'un quand il est en santé jamais quand il est malade jamais. Donc c'est même ça que je peux dire que ça m'a beaucoup réconforté parce que bon se sont les étapes de la vie normale. Si vous êtes un être humain vous devez savoir qu'il y'a le passé, le présent et le futur. Et comme vous ne connaissez pas le futur, vous êtes au présent vous ne savez pas si le futur sera toujours meilleur donc c'est très important de savoir ça. Donc c'est dans ce sens que je perçois, que je regarde la vie, je ne regarde pas la vie dans le sens d'être milliardaire, je regarde la vie dans le sens que Dieu donne-moi ce qui peut me permettre de résoudre mes problèmes point ; Je ne veux pas Dieu donne-moi ce qui me suffit résoudre mes problèmes. Mes problèmes c'est quoi la maladie, la nutrition, envoyer mon enfant à l'école, le reste n'est pas très important pour moi, les immeubles les grosses voitures ce n'est pas très important pour moi. Moi je pense que tout ça ce n'est que de la frappe à l'œil parce que tous ceux qui ont ces immeubles ils abandonnent ils s'en vont. J'ai accepté même parce que c'est dans le cadre de votre recherche pour le mémoire si on m'avait dit que c'était un médecin je ne serai jamais venu. Et selon moi si ça peut apporter un grand succès dans votre domaine de recherche j'en serai heureux.

Etudiante : merci Mr Simo, et vous Mme Simo qu'est-ce qui vous permet de faire face à cette nouvelle situation ?

Mme Simo : ah je n'ai rien à dire là-bas je ne sais pas quoi vous dire, je sais seulement que Dieu est au control de ça, en dehors de ça je ne peux pas vous dire autre chose.

Etudiante : si je vous comprends bien Dieu est au control, cependant de manière concrète qu'est-ce qui vous faire ressentir cette force qui vous anime à faire face à cette situation et à continuer de vous battre ?

Mme Simo : grâce à lui (le conjoint), car c'est lui qui m'apporte tout ce soutien.

Etudiante : pour clôturer notre entretien qui a été porteur de beaucoup de découvertes j'aimerais savoir comment vous vous représentez votre vie de couple, de parents, comment vous percevez cette nouvelle vie, quels sont vos projets et comment vous comptez les atteindre ?

Mr Simo : comme j'étais en train de dire nous n'avons pas de regard comme tout le monde, nous avons le regard du présent, du passé et du futur. Et nous n'avons pas changé de comportements si vous partez là et vous revenez même dans deux ans vous reviendrez nous trouver là. D'une manière aussi simple pas très regardant sur des choses matériels. La seule chose à laquelle on pense c'est l'éducation de notre enfant il faut payer l'école, il faut qu'il parte à l'école, il faut que d'une manière qu'une autre maladie ne puisse pas s'ajouter. Dire qu'il y'a eu un changement par rapport à notre vie, non on n'a pas trop changé même si vous demandez même aux gens le matin je pars j'ai fait au moins dix mois que je ne travaillais pas j'étais en congés mais j'étais ici tous les jours. Est-ce qu'il y'a alors un grand changement puisque par le passé on marchait ensemble, maintenant qu'il y'a la maladie on continue de marcher ensemble est ce qu'il y'a un changement ?

Etudiante : en fait en parlant de changement j'aimerais que vous insistiez sur les aspects comme par exemple, les rapports qui sont obligatoirement protégés. Et aussi puis-je savoir quand avez-vous eu votre enfant, avant ou après la survenue de la maladie ?

Mr Simo : On l'a eu avant qu'on ne sache qu'elle est infectée et il est en bonne santé.

Etudiant : Et avez-vous des projets d'avoir encore des enfants ? Si oui combien ?

Mr Simo : Bien sûr que oui. C'est vrai quand on a pris connaissance de nos statuts on a été pris de panique car on a pensé que si elle tombait encore enceinte l'enfant était destiné à mourir. Mais heureusement à l'hôpital on a été rassuré que si elle prend bien son traitement et qu'on suit bien ensemble le nouveau protocole elle pourra encore enfanter sans problème comme beaucoup d'autres couples qu'on a pu voir à l'hôpital.

Etudiante: okay donc si je vous comprends bien, la maladie a eu un impact dans vos projets de procréation.

Mr Simo : Dans une certaine mesure oui ce n'était pas facile pour un début mais nous sommes déjà habitués et on croit que tout ira pour le mieux.

Etudiante : D'accord merci. Et vous Mme Simo

Mme Simo : Comme mon mari vous a dit on est pris en charge et on espère que ma charge virale sera toujours indétectable et que je concevrai bientôt. Et surtout je prie tous les jours que Dieu me fasse la grâce d'avoir des enfants en bonne santé qui pourront jouer avec Jimi (le premier enfant).

Etudiante : d'accord, et vous avez dit que le fait que les rapports protégés soient automatiques cela constitue un grand changement, comment vous le vivez ?

Mme Simo : il y'a les préservatifs qui sont dehors.

Etudiante : d'accord, donc si je comprends bien l'utilisation des préservatifs est le moyen par lequel vous arrivez à continuer à entretenir des relations intimes, mais puis-je savoir comment vous vivez cette nouvelle posture que vous impose l'utilisation des préservatifs ?

Mme Simo : C'est vrai que mon mari n'aime pas trop quand on fait l'amour avec le préservatif mais il a aussi conscience que ce qui doit être fait pour garder nos statuts différents.

Etudiante : et vous Mr Simo ?

Mr Simo : en ce qui me concerne, quand la vie vous impose, quand certaines situations de la vie vous imposent vous êtes obligés d'obéir. Ce n'est pas un problème qu'on demande votre consentement, c'est un problème d'un autre suivi de la vie. On pouvait même vous dire que vous ne pouvez plus faire de rapports sexuels soit dans le cas d'une maladie comme dans un cancer de l'utérus vous n'allez plus jamais faire ça vous allez vous adapter à ce comportement, à ce mode de vie que la vie a voulu vous imposez ce n'est pas dire que vous éprouvez aussi du plaisir avec ça mais c'est le changement que la vie vous impose et vous devez l'accepter parce que vous voulez continuer à vivre. Et continuer à vivre veut dire que vous devez l'accepter pour votre propre santé. Dire qu'on a du plaisir avec ça ce n'est pas très honnête. Mais vous devez l'accepter, à l'heure actuelle quand on vous demande de consommer les remèdes, les comprimés mais c'est une obligation pour vivre. La personne est contente de consommer les comprimés tous les jours. Mais personne n'est content de mettre les préservatifs, c'est vrai que mais c'est comme ça que vous devez continuer à vivre. Celui qu'on a coupé les pieds est obligé de prendre les béquilles parce que la vie lui impose cela. Donc en principe c'est facile de

comprendre comme ça quand la vie vous impose vous devez vous adaptez. Donc je pense que pour ma part c'est facile de comprendre que vous ne pouvez pas faire autrement que de vous adapter à cette nouvelle façon de vivre que vous le voulez ou vous ne le voulez pas ça vous impose ça.

Etudiante : D'accord merci beaucoup Mr et Mme Simo, je vous remercie d'avoir accepté cordialement de participer à cette étude et de nous avoir accordé de votre temps pour que ces entretiens aient lieu.

TABLE DES MATIERES

.....	1
SOMMAIRE	ii
REMERCIEMENTS.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	vii
LISTE DES ANNEXES.....	viii
RESUME	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE.....	4
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE.....	5
1-1- CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	5
1-2- POSITION ET FORMULATION DU PROBLEME.....	15
1-3- QUESTION DE RECHERCHE.....	22
1-4- HYPOTHESE DE LA RECHERCHE.....	23
1-5- OBJECTIF DE LA RECHERCHE.....	24
1-6- INTERET DE L'ETUDE.....	24
1-6-1- INTERET SCIENTIFIQUE	24
1-6-2- INTERET SOCIAL	24
1-6-3- INTERET PERSONNEL.....	25
1-7- CLARIFICATION DES CONCEPTS FONDAMENTAUX DE L'ETUDE.....	25
1-7-1- REAMENAGEMENT PSYCHIQUE.....	25
1-7-2- TRAVAIL DU NEGATIF.....	25
1-7-3- COUPLE	27
1-7-4- COUPLE SERODISCORDANT.....	28
1-7-5- ETUDE DE CAS	28
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE.....	29
2-1- BREF APERÇU SUR LE VIH/SIDA	30
2-1-1- UN BREF APERÇU HISTORIQUE DU VIH /SIDA.....	30
2-1-2- UNE ORIGINE AFRICAINE DU VIH/SIDA.....	31

2-1-3-	DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DU VIH / SIDA.....	33
2-1-3-1-	DANS LE MONDE	33
2-1-3-2-	EN AFRIQUE.....	34
2-1-4-	ETIOLOGIE DU VIH/SIDA.....	34
2-1-5-	MODE DE TRANSMISSION.....	34
2-1-6-	PHASES ET EVOLUTION DU VIH/SIDA	35
2-1-6-1-	LA PRIMO-INFECTION OU PHASE DE SEROPOSITIVITE VIH ASYMPTOMATIQUE.....	35
2-1-6-2-	LA PHASE CHRONIQUE DU VIH.....	35
2-1-6-3-	LE SIDA PROPREMENT DIT	36
2-1-7-	DIAGNOSTIC DU VIH/SIDA.....	36
2-1-7-1-	LA SEROLOGIE VIH	36
2-1-7-2-	LA MISE EN EVIDENCE DU VIRUS	37
2-1-7-3-	EVALUATION DU STADE DE L'INFECTION PAR LE VIH	37
2-1-7-4-	LE BILAN COMPLEMENTAIRE EN CAS DE SEROLOGIE VIH POSITIVE.....	37
2-1-8-	TRAITEMENT ET PREVENTION	38
2-1-8-1-	TRAITEMENT	38
2-1-8-2-	PREVENTION	38
2-1-9-	CONCEPTION ANTHROPOLOGIQUE DU VIH/SIDA EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE	39
2-2-	LA NOTION DE COUPLE	43
2-2-1-	LE COUPLE : UNE APPROCHE DEFINITIONNELLE DIVERSIFIEE	43
2-2-2-	UNE APPROCHE HISTORIQUE ET SOCIOLOGIQUE DU COUPLE	45
2-2-3-	LES FONCTIONS DU COUPLE.....	46
2-2-3-1-	FONCTION DE REPRODUCTION OU BIOLOGIQUE.....	46
2-2-3-2-	FONCTION ECONOMIQUE	47
2-2-4-	TYPES DE COUPLE.....	49
2-2-5-	LES MODES DE COUPLES	51
2-2-6-	LA CONSTITUTION DU COUPLE : LE CHOIX D'OBJET.....	51
2-2-7-	CARACTERISTIQUES DU COUPLE	52
2-2-8-	LES ORGANISATEURS DU LIEN DE COUPLE	53
2-2-9-	VIVRE EN COUPLE EN AFRIQUE : CAS PARTICULIER DU CAMEROUN.....	54
2-2-9-1-	FORMES D'ALLIANCES MATRIMONIALES	54
2-3-	LA NOTION DE LIEN	59
2-4-	LA SERODISCORDANCE DANS LES COUPLES.....	60

2-4-1-	QUELQUES FACTEURS FAVORISANT LA SERODISCORDANCE	60
2-4-2-	SERODISCORDANCE ET REPERCUSSIONS DANS LA VIE DU COUPLE	61
2-6-	ETAT DES LIEUX SUR LE REAMENAGEMENT PSYCHIQUE	69
CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUE		74
3-1-	APPROCHE DEVELOPPEMENTAL DU LIEN	74
3-2-	APPROCHE SYSTEMIQUE DU LIEN	77
3-3-	APPROCHE PSYCHANALYTIQUE DU LIEN.....	80
3-3-1	Freud et le narcissisme : de l'amour de soi a l'intériorisation des représentations de soi et des autres : réflexion métapsychologique sur l'état amoureux	80
3-3-1-	LE GROUPE, UNE ENTITE, AVEC SA DYNAMIQUE PROPRE.....	84
3-3-2-	KAËS ET SON MODELE DE L'APPAREIL PSYCHIQUE GROUPEALE	88
3-3-3-1-	LES 3 ESPACES PSYCHIQUES	89
3-3-3-2-	LES ORGANISATEURS DU LIEN.....	92
3-3-3-3-	LES TROIS MODALITES DU NEGATIF.....	98
3-3-3-4-	LE TRAVAIL DU NEGATIF DANS LE REAMENAGEMENT PSYCHIQUE DU COUPLE CONFRONTE A LA SERODISCORDANCE : ROLES DES MECANISMES DE DEFENSE.....	101
PARTIE 2 : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE		105
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE.....		106
4.1.	BREF RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE	106
4.1.1.	Rappel du problème.....	106
4.1.2.	Rappel de la question de recherche	107
4.1.3.	Rappel de l'hypothèse générale.....	107
4.1.4.	Rappel de l'objectif général	108
4.2.1.	Justification du choix de l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY)	108
4.2.2.	Présentation de l'HCY	109
4.2.3.	Présentation de l'Hôpital de jour	111
4.3.	PROCEDURE ET CRITERE DE SELECTION DES PARTICIPANTS	111
4.3.1.	Critères de sélection.....	111
4.3.1.1.	Critères d'inclusion.....	111
4.3.1.2.	Critères d'exclusion	112
4.3.2.	Echelle de sélection des participants : l'Echelle d'Ajustement Dyadique	112
4.4.	CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS	114
4.5.	TYPE DE RECHERCHE : recherche clinique	115
4.6.	METHODE DE RECHERCHE : étude de cas	116

4.6.1. Etude de cas	116
4.7. TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES : Entretien semi-directif de couple	118
4.8. INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNEES : Le guide d'entretien.....	118
4.8.1. DEROULEMENT DES ENTRETIENS	119
4-9-TECHNIQUE D'ANALYSE DE DONNEES : ANALYSE DE CONTENU	120
4-9-1- L'analyse de contenu	121
4-9-2- Analyse thématique	123
4-10- DIFFICULTES RELATIVES A LA COLLECTE DES DONNEES	127
4-11- CONSIDERATIONS ETHIQUES	127
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	130
5.1. PRESENTATION DES PARTICIPANTS	130
5.1.1. Couple SIMO	130
5.1.2. Couple TAKAM.....	131
5.2. ANALYSE DES RESULTATS.....	132
5.2.1. Les alliances inconscientes du couple avant la survenue de la sérodiscordance	132
5.2.1.1. Le narcissisme primaire / narcissisme individuel	132
5.2.1.2. Le narcissisme secondaire / narcissisme conjugal	133
5.2.1.3. Connaissance du couple du VIH et de la sérodiscordance avant la survenue du diagnostic.....	135
5.2.2. Vécu de l'annonce du statut	137
5.2.2.1. Vécu traumatique de l'annonce	137
5.2.2.2. Ressenti et réaction lors de l'annonce	139
5.2.2.3. Rationnalisation	141
5.2.2.4. Intellectualisation.....	143
5.2.3. Retentissement sur le narcissisme conjugal après la survenue de la sérodiscordance	146
5.2.4. LA MISE EN ŒUVRE D'UN TRAVAIL DU NEGATIF POUR LE REAMENAGEMENT PSYCHIQUE DU LIEN DES COUPLES SERODISCORDANTS	148
5.2.5. UN APPUI SUR LES ETAYAGES MULTIPLES	153
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION	161
6.1. SYNTHESE DES RESULTATS	161
6.2. APPLICATION DE LA THEORIE DU LIEN (CONTRAT NARCISSIQUE) A LA COMPREHENSION DU REAMENAGEMENT DU LIEN CHEZ LES COUPLES SERODISCORDANTS.....	162
6.3. DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE	166
6.3.1. Le couple avant la maladie.....	166

6.3.2. Le vécu et le retentissement de la maladie dans le couple sérodiscordant.....	167
6.3.3. La dynamique du travail du négatif.....	169
6.3.4. La place des étayages multiples.....	169
6.4. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES.....	170
CONCLUSION.....	171
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	171
ANNEXES.....	clxxi
TABLE DES MATIERES.....	clxxi