

**PROCESSUS DÉFENSIFS, STRATÉGIES DE COPING ET OBSERVANCE
THÉRAPEUTIQUE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH –
REVUE DOCUMENTAIRE**

Edem Tété TOUGLO

Université de Lomé/ tetetouglo@gmail.com

Et

Badji OUYI

Université de Lomé/ gilouyi@gmail.com

Résumé

Le VIH/SIDA, depuis son apparition dans les années 80 constitue un champ de recherche pluridisciplinaire jusqu'à nos jours. Au-delà de la maîtrise du traitement et de ses effets indésirables, de la disponibilité des antirétroviraux (ARV), de la mise en place de programmes, de projets, de sensibilisations, vaincre ce fléau passe par l'atteinte du dernier triple objectif 95 de l'ONUSIDA qui stipule que 95% des personnes sous ARV doivent avoir une charge virale indétectable. Pour la réussir, des recherches doivent davantage se centrer sur les difficultés de vie que rencontrent les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). L'objectif de cet article est de montrer la contribution d'un ensemble de théories psychologiques à la compréhension du lien existant entre processus défensifs, coping et observance thérapeutique dans la prise en charge des PVVIH au Togo.

Mots clés : coping, observance thérapeutique, processus défensifs, revue documentaire, VIH.

Abstract

HIV/AIDS, since its appearance in the 1980s, has been a multidisciplinary field of research until today. Beyond the control of treatment and its adverse effects, the availability of antiretrovirals (ARVs), the implementation of international (UNAIDS, PEPFAR, #EAWA) and national (PNLS, CNLS) programs, projects, raising awareness, defeating this scourge requires achieving the last triple objective 95 of UNAIDS. According

to this third objective, 95% of people on ARVs must have an undetectable viral load. To achieve this therapeutic compliance, research must focus more on the life difficulties encountered by people living with HIV (PLHIV). The objective of this article is to show the contribution of a set of psychological theories to the understanding of the existing link between defensive processes, coping and therapeutic observance in the care of PLHIV in Togo.

Keys-words: coping, defensive processes, documentary review, HIV, therapeutic compliance.

Introduction

Le VIH/SIDA, depuis son apparition dans les années 80 constitue un champ de recherche pluridisciplinaire jusqu'à nos jours. Au-delà de la maîtrise du traitement et de ses effets indésirables, de la disponibilité des antirétroviraux (ARV), de la mise en place de programmes internationaux (ONUSIDA, PEPFAR, #EAWA) et nationaux (PNLS, CNLS), de projets, de sensibilisations, vaincre ce fléau passe par l'atteinte du dernier triple objectif 95 de l'ONUSIDA. Selon ce troisième objectif, 95% des personnes sous ARV doivent avoir une charge virale indétectable. Pour réussir cette observance thérapeutique, des recherches doivent davantage se centrer sur les difficultés de vie que rencontrent les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Pour y parvenir, les équipes de soins des sites de prise en charge devraient prendre en compte les mécanismes de défense mis en place par les PVVIH pour se protéger ou survivre à la maladie, les stratégies de coping et les comportements d'observance thérapeutique de ces dernières.

Pour le relever, il est très important et par-dessus tout de comprendre les processus défensifs des PVVIH en matière de mécanismes de défense (pour envisager la mise en place d'une thérapie indiquée et adaptée à tous les niveaux) ou ce qu'elles utilisent comme stratégies de coping pour appréhender ce qu'elles font ou feront (en vue de les orienter vers une bonne observance thérapeutique), mais aussi et surtout, d'appréhender les facteurs liés à la bonne observance aux antirétroviraux

(ARV) et agir sur eux; d'autant plus que des institutions telles que le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) et le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) mettent en place des stratégies de lutte à travers des partenariats afin de venir à bout de l'épidémie au Togo.

En 2003, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)/syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans les maladies chroniques (D. Levitt et T. Lillie 2020, p. 1).

T. Boukilineam-Kawaka (2021, pp.220-334), dans sa thèse portant sur Notion d'empêchement ou d'enfermement psychique des personnes touchées par un trouble mental en post-hospitalisation au Togo, avait isolé chez les patients atteints de troubles mentaux des mécanismes de défense tels que : le déni de la réalité, l'isolement, le refoulement, le clivage, la projection, l'inhibition, l'évitement, le contrôle rationnel, l'intellectualisation et la formation réactionnelle. Étant donné que le VIH est devenu une maladie chronique depuis 2003 (D. Levitt et T. Lillie 2020, p. 1), cette recherche montre les mécanismes de défense des patients face à une maladie chronique dans le contexte togolais.

L'étude de M. A. Djibril et al. (2010, p. 1), portant sur l'inobservance thérapeutique aux antirétroviraux chez les personnes vivant avec le VIH au Togo : aspects psychologiques et psychosociaux, avaient trouvé que les attitudes de l'inobservance thérapeutique étaient représentées par : le non-respect de l'horaire de prise des ARV, le non-respect de la posologie de prise des ARV et l'arrêt intempestif de la prise des ARV. Les facteurs psychologiques et psychosociaux qui expliquent l'inobservance chez les patients étaient : le refus de la maladie, l'incurabilité, la représentation dévalorisante et mortelle, la représentation des origines mystiques de la maladie, la mauvaise relation soignant – malade et l'attitude négative de l'entourage sous forme de stigmatisation et de discrimination.

Ainsi, les comportements des PVVIH en matière d'observance thérapeutique (respect ou non des visites de renouvellement, de prise ou non du traitement renouvelé) se traduisent par une bonne ou une mauvaise observance thérapeutique. Le VIH étant devenu une maladie

chronique, l'observance au traitement serait marquée de hauts et de bas. Ce constat conduit à une interrogation :

Quel serait le lien entre processus défensifs, stratégies de coping et observance thérapeutique dans la prise en charge des PVVIH adultes présent dans la littérature ?

Dans cet article, en guise de réponse, un argumentaire théorique qui permet d'abord d'explorer dans toute sa largesse le concept de mécanismes de défense, ensuite de montrer l'importance des stratégies de coping et enfin, d'établir le lien entre mécanismes de défense, coping et observance thérapeutique.

L'observance thérapeutique en matière du VIH/Sida passe par la connaissance des processus défensifs et des stratégies de coping qui permettrait d'agir sur les comportements de santé des PVVIH. Elle aiderait les psychologues lors de leurs consultations d'observance en vue de rendre souple les mécanismes de défense rigides et d'orienter les patients vers les copings centrés sur le problème lié à l'observance optimale qui mettrait fin à la pandémie. Avant d'aborder les approches théoriques proprement dites, il importe de s'attarder sur la définition des concepts d'observance, de coping et de mécanismes de défense avant d'établir la connexion qui pourrait exister entre eux dans l'amélioration de la prise en charge psychosociale des PVVIH.

1. Définition des concepts

1.1. VIH

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est un virus qui appartient à la famille des rétrovirus. Deux types de VIH ont été isolés chez l'espèce humaine : le VIH-1 et le VIH-2. (ECN-Pilly, 2014, p. 204). Trois liquides biologiques peuvent contenir de grandes quantités de virus : le sang, le sperme, les sécrétions vaginales :

- La transmission sexuelle se fait par le sperme et les sécrétions vaginales ;
- La transmission par le sang et ses dérivés se fait à travers la transfusion sanguine, transplantation d'organes, le partage de

matériel d'injection contaminé par du sang et l'accident professionnel d'exposition au sang (AES) ;

- La transmission mère-enfant (TME) se déroule essentiellement dans la période périnatale (accouchement et allaitement) ou en cas de primo-infection pendant la grossesse. (ECN-Pilly, 2014, p. 206).

1.2. Observance thérapeutique

M. Nordt (2019, p. 9), citant l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), définit l'observance comme « la mesure avec laquelle les comportements d'une personne devant prendre un médicament, suivre un régime alimentaire et/ou changer de mode de vie correspondent aux recommandations convenues avec un professionnel de santé »

Cette définition a le mérite de mettre en lumière les comportements d'observance abordés dans ce travail à l'exception du régime alimentaire.

1.3. Mécanismes de défense

Parler des mécanismes de défense revient à s'intéresser au moi et ses défenses. Pour M. Phaneuf (2013, p. 2), les mécanismes de défense servent à nous défendre contre certaines pulsions jugées inacceptables, contre l'anxiété qu'elles provoquent et surtout contre la perte d'estime de soi et la peur générée par certaines situations éprouvantes.

Pour S. Ionescu et al., (2012, p. 40) :

« Les mécanismes de défense sont des processus psychiques inconscients visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires, en remaniant les réalités internes et/ou externes, et dont les manifestations - comportements, idées ou affects – peuvent être inconscientes ou conscientes. ».

1.4. Stratégies de coping

Les êtres vivants, face à des situations stressantes, ont besoin d'y « faire face ». Le stress est une « transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien être » (M. Bruchon-Schweitzer 2001, p. 68). Les stratégies de coping apparaissent face aux stress. Ainsi, M. Bruchon-Schweitzer (2001, p. 70) définit le coping comme

« l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». Selon cet auteur, deux fonctions principales sont attribuées au coping à savoir : permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress et permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème.

À la suite de la définition des concepts, abordons les théories qui peuvent permettre de mieux rendre compte de ceux-ci.

2. Les modèles théoriques

2.1. Théorie freudienne

La théorie psychanalytique est constituée d'un ensemble de concepts organisés autour d'une « métapsychologie » ou psychologie de ce qui est « de l'autre côté de la conscience » (D. Casoni et L. Brunet, 2003, p. 18). Pour ces auteurs, la métapsychologie psychanalytique a été décrite par Freud comme l'ensemble des théories permettant de décrire un processus psychique sous ses rapports dynamique, économique et topique.

Commençons par le point de vue dynamique. Selon J. *Bergeret* (2008), ce point de vue amène à considérer les phénomènes psychiques comme « résultant d'une composition, d'une combinaison de forces plus ou moins antagonistes » (J. *Bergeret et al.*, 2008, p. 51). Mieux, pour les auteurs comme D. Casoni et L. Brunet (2003, p. 18), c'est ce point de vue qui permet d'appréhender la notion de conflit psychique inconscient qui rend compte d'un jeu de forces, soit celui entre les composantes pulsionnelles dans leur rapport conflictuel à des contre-forces constituées par les mécanismes de défense.

Ensuite, le point de vue économique de la psychanalyse permet d'aborder la question de la quantité des énergies pulsionnelles en cause dans les investissements, contre-investissements et déplacements effectués par l'appareil psychique (D. Casoni et L. Brunet 2003, p. 18). Et pour J. *Bergeret et al.* (2008, p. 52), le point de vue économique de la métapsychologie s'efforce d'étudier comment circule cette énergie,

comment elle s'investit, se répartit entre les différentes instances, les différents objets ou les différentes représentations.

Et enfin, la Métapsychologie fait intervenir cette troisième considération : le point de vue topique. Pour J. Bergeret *et al.* 2008, p. 52), elle amène à considérer l'appareil psychique comme l'organisation de divers systèmes, assurant respectivement des fonctions différentes. Ces systèmes ou instances, Freud les a vus d'abord comme disposés à la suite les uns des autres et formant ainsi un ensemble comparable à l'arc neurologique réflexe ; ou encore, aux diverses parties d'un appareil optique (microscope ou télescope). Le point de vue topique a d'abord été conçu, dans la « première topique », comme divisant l'appareil psychique en conscient, préconscient et inconscient. Puis Freud a développé un second modèle topique dans lequel il a proposé une division de l'appareil psychique en Ça, Moi, Surmoi, aussi appelé le point de vue structural (D. Casoni et L. Brunet, 2003, p. 18).

Dans notre recherche, nous allons nous intéresser à la deuxième topique de Freud subdivisant l'appareil psychique en Ça, Moi et Surmoi avec la fonction de chaque instance. L'instance du « moi » est définie par Freud comme étant celle du raisonnement, de la logique, celle qui est en contact avec la réalité concrète (M. Phaneuf, 2013, p. 2). Cette instance se forme à partir d'un équilibre entre le surmoi et nos instincts, alors que le mécanisme de défense naît d'une pression faite sur ce Moi par la réalité extérieure, par nos instincts et par le « surmoi ». Ce dernier forme la partie de la personnalité qui a intégré les interdits et les exigences parentales et sociales. Il devient le « censeur » de nos actions en remplacement de nos parents et de nos éducateurs. Cette instance est à l'origine du sentiment de culpabilité (M. Phaneuf 2013, pp. 2-3).

2.2. Modèle transactionnel

Ce modèle a été élaboré par Lazarus et Folkman en 1984 (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 68). Il stipule que l'individu en face d'une situation débordant ses ressources met en place un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux pour gérer les exigences spécifiques internes ou externes. La gestion des exigences est possible à travers deux

types d'opérations : l'évaluation primaire et secondaire. L'évaluation primaire peut amener un individu à évaluer une même situation comme une perte (affective, matérielle, corporelle...) ou une menace qui peut s'accompagner d'anxiété et de peur ou un défi et s'accompagner d'excitation, de fierté et de joie (M. Bruchon-Schweitzer 2001, p. 71). Toujours pour cet auteur, l'évaluation secondaire amène le sujet à se demander ce qu'il peut faire pour faire face à cette situation, de quelles ressources et de quelles réponses il dispose, et quelle sera l'efficacité de ses tentatives.

2.3. Modèle de la psychologie dynamique africaine

Il a été développé par I. Sow en 1977. Selon ce modèle, l'homme est constitué de trois éléments à savoir : le premier élément est le corps ou l'enveloppe corporelle, le deuxième élément comprend les principes vitaux et le troisième élément est le principe spirituel, immortel, impérissable. (T. Boukilinam-Kawaka 2021, pp. 135-136). Notons que le négro-africain conçoit la maladie comme une attaque venant de l'extérieur et qui ne résulte pas de ses propres activités.

Les modèles théoriques sus-présentés proposent des leviers de compréhension de l'observance thérapeutique dans la prise en charge du VIH. Comment les mettre en connexion afin d'obtenir une observance optimale aux ARV chez les personnes vivant avec le VIH ?

La partie suivante nous éclaire davantage.

3. Connexion entre mécanismes de défense, stratégies de coping et observance thérapeutique

3.1. Mécanismes de défense et VIH

Rappelons que les mécanismes de défense sont classés en défenses matures (altruisme, humour, anticipation, sublimation, comportement passif-agressif, suppression et dissociation), les défenses névrotiques ou intermédiaires (refoulement, déplacement, formation réactionnelle, intellectualisation, isolation) et les défenses immatures en fonction de leur niveau adaptatif (projection délirante, déni, distorsion, projection, fantaisie schizoïde, hypocondrie, acting-out). (H. Chabrol 2005, p. 32). Pour l'auteur,

les défenses matures contribuent à la santé psychique et physique. Il continue en ces termes, les défenses névrotiques d'abord liées aux névroses où elles sont prédominantes sont maintenant plutôt appelées défenses intermédiaires, car elles sont utilisées par chacun d'entre nous. Et enfin pour lui, les défenses immatures, quand elles prédominent, sont liées aux troubles de la personnalité, aux troubles psychiatriques, comme les dépressions graves ou les psychoses (H. Chabrol 2005, p. 32).

M. Ruzniewski (2011, p. 16) estime que « les réactions des malades sont souvent fluctuantes, imprévisibles et déconcertantes ». Elle a trouvé les mécanismes de défense ci-après :

- La dénéigation : le malade refuse de toutes ses forces de reconnaître la réalité traumatisante, préférant refouler sa souffrance et l'enfouir, en la niant, le savoir encore trop douloureux. Avec le déni apparent, le malade fait semblant de ne pas savoir.
- La sublimation et la combativité : le malade essaie de rendre constructive son épreuve en maintenant un continuum de vie. Il adapte son psychisme à la maladie. Ce sont évidemment ces malades qui sont les plus faciles à traiter dans le système hospitalier.
- Le déplacement : le malade focalise sa peur sur une autre réalité en transférant l'angoisse inhérente à sa maladie sur un élément substitutif, souvent sans rapport apparent avec sa maladie ; en procédant par associations directes ou parfois plus lointaines et complexes, le malade « choisit » ainsi une cible plus accommodante et, de ce fait, moins douloureuse.
- Les rites obsessionnels : le malade se sentira moins vulnérable s'il pense pouvoir encore comprendre son mal et en maîtriser le processus, lui restituer -dans le présent - une certaine cohérence. Il s'attachera ainsi à certains rites, précis et obsessionnels, respectant scrupuleusement toutes les prescriptions, suivant rigoureusement l'évolution de sa maladie pour en appréhender les moindres détails, comme si cette hantise d'une surveillance sans relâche avait pour corollaire un gage de guérison (M. Ruzniewski, 2011, pp. 16-17).

M. Phaneuf (2013, pp. 6-20) a décrit des mécanismes de défense chez un patient qui souffre d'un cancer du poumon tels que : le déni, l'évitement, la projection, l'isolation, la rationalisation, la régression, le clivage, la sublimation, la formation réactionnelle, l'anticipation anxieuse, la compensation, l'activisme, le déplacement, le retrait apathique, la dépréciation, le retournement contre soi, l'affiliation, la pensée magique et l'humour.

Au Togo, T. Boukilinam Kawaka (2021) avait isolé chez les patients des mécanismes de défense tels que : le déni de la réalité, l'isolation, le refoulement, le clivage, la projection, l'inhibition, l'évitement, le contrôle rationnel, l'intellectualisation et la formation réactionnelle.

À la suite de ces travaux, notons que d'après les recherches de M. Ruzniewski (2011), l'élément mettant en place ou déclenchant les mécanismes de défense chez les patients est le diagnostic de la maladie grave. Chez M. Phaneuf (2013), c'est le cancer qui conduit également à la mort avec apparition des symptômes dont le patient ne peut éviter même avec une bonne observance thérapeutique. Par contre dans l'étude de T. Boukilinam Kawaka (2021) au Togo, c'est l'origine de la maladie qui est mystique qui permet de mettre en place ces processus défensifs. Pour l'auteur, le trouble est par conséquent perçu comme une attaque pouvant venir de l'extérieure notamment de : la société, la famille, l'être suprême, des fétiches ou encore des esprits intermédiaires. Malgré l'amendement total des signes cliniques de la maladie, le Moi est encore « verrouillé » par le vécu et la représentation (T. Boukilinam Kawaka, 2021, p. 3).

Mais dans le VIH, c'est l'annonce du diagnostic qui déclenche les mécanismes de défense.

Nous avons retenu ces travaux, car les mécanismes de défense relevés par les auteurs sont proches de ceux qu'on pourrait constater chez les PVVIH. Ceci se confirme à travers les résultats de la recherche de M. A. Djibril et al. (2010). Ils avaient trouvé que les facteurs psychologiques et psychosociaux de l'inobservance étaient représentés par : le refus de la maladie : l'incurabilité de la maladie, la représentation dévalorisante de la maladie, la représentation mortelle de la maladie, la représentation des

origines mystiques de la maladie, la mauvaise relation soignant – malade et l’attitude négative de l’entourage sous forme de stigmatisation et de discrimination. De ces résultats, nous pouvons relever des mécanismes tels que le déni, le refoulement, le déplacement, les rites obsessionnels, le retrait apathique, l’anticipation anxieuse. L’obtention de ces résultats et de ces mécanismes de défense s’explique par la théorie psychanalytique et celle de la psychologie dynamique africaine. En effet, le moi face à l’annonce de la séropositivité va se défendre contre les idées reçues sur le VIH. Ces idées reçues sont entre autres l’incurabilité et la chronicité de la maladie, son origine mystique, sa mortalité, la discrimination et la stigmatisation dont font objet les PVVIH jusque dans leur famille. Pour le malade, le VIH est perçu comme un châtiment divin à cause de son infidélité, le manquement aux rites aux ancêtres ; volonté divine (en se dédouanant de ses activités sexuelles à risque ou en les rationalisant). Bref, pour certains, les dieux ont été injustes en leur accordant cette maladie.

3.2. Stratégies de coping et VIH

Face à l’annonce du diagnostic positif au VIH, l’individu fera une première évaluation de la nouvelle reçue (le diagnostic positif). À travers l’évaluation primaire, il décidera de la perception du VIH. Est-ce que pour lui, cette nouvelle situation est-elle vue comme une perte, une menace ou un défi à relever ?

S’il l’évalue comme une perte, quel genre de perte subirait-il ? Ainsi, il évaluera tout ce qu’il aura à perdre en étant positif. La plupart du temps, la peur de la perte se trouve dans la sphère psycho socio-affective et conduit à la stigmatisation et à la discrimination. La perte du prestige social se traduit par les commérages, la culpabilité et l’auto dévalorisation de soi (B. Saka, 2017, p. 897).

S’il l’évalue comme une menace, quelle serait donc sa nature ? La menace doit résulter de la condamnation certaine à la mort à travers le syndrome d’immunodéficience acquise qui se manifeste par l’amaigrissement, la diarrhée, les infections opportunistes et enfin la mort.

S’il l’évalue comme un défi, quel en est le type ? L’évaluation du VIH comme un défi serait la meilleure, car elle donnerait à la PVVIH une raison

de se prendre en main et de tout faire pour venir à bout du VIH. Donc être observant

Après l'évaluation primaire survient l'évaluation secondaire qui aiderait la PVVIH à faire face à son nouveau statut. Ici, il serait question d'aller vers l'action. Selon M. Bruchon-Schweitzer (2001, p. 71), de très nombreuses options peuvent être ainsi envisagées, comparées et sélectionnées (rechercher des informations, faire un plan d'action, demander de l'aide ou des conseils, exprimer ses émotions, éviter le problème, se distraire, minimiser la situation ...). C'est au cours de cette phase qu'il déciderait de se tourner vers le coping centré sur le problème qui est un coping actif qui conduit à une meilleure observance thérapeutique ou vers le coping centré sur l'émotion qui est un coping passif.

Rappelons que ces évaluations se feront à partir des éléments culturels de l'individu. Ainsi il les fera en tenant compte de la signification du VIH dans sa culture.

3.3. Observance thérapeutique et VIH

En réalité, l'observance au traitement ARV serait la résultante des processus cognitifs et d'adaptation de la PVVIH. La façon dont la PVVIH avait ressenti le choc de l'annonce, la façon dont elle a fait les évaluations conduit à deux types d'observance thérapeutique. En matière de VIH, il y a l'observance et l'inobservance.

La plupart des études menées sur l'observance l'ont été soit sur le traitement, soit sur l'observance et l'inobservance thérapeutique. Elles abordent le plus souvent les déterminants de l'observance ou de l'inobservance (A. Desbrus-Qochih & P. Cathébras, 2012 ; E. N. Essomba et al., 2015 ; C. Ferreira, 2010 ; A. Gherissi & F. Tinsa, 2010 ; B. B. Izizag et al., 2020 ; F. X. Mbopi-Kéou et al., 2012). Ces déterminants se déclinent en : les caractéristiques du patient, les particularités de la maladie, les modalités du traitement, les attitudes du médecin et l'organisation des soins de santé (A. Scheen et D. Giet, 2010, p. 239).

Dans leur étude, M. A. Djibril et al. (2010), ont su toucher du doigt les réalités des PVVIH. Abordant les comportements d'observance des PVVIH,

ils trouvent : le non-respect des horaires de prise des ARV (39 patients sur 59), le non-respect de la posologie quotidienne des ARV (25 patients sur 59) et l'arrêt intempestif des ARV (8 patients sur 59). Ces comportements indiquent selon les auteurs une inobservance thérapeutique. Cela représente le cliché de l'inobservance thérapeutique des PVVIH. Raison pour laquelle il va falloir aider les PVVIH à utiliser des stratégies d'adaptation qui leur permettraient de rompre définitivement avec l'inobservance thérapeutique. Ils avaient également trouvé comme facteurs psychosociaux de l'inobservance thérapeutique le refus de la maladie (38 patients sur 59), l'incurabilité de la maladie (35 patients sur 59), la représentation dévalorisante de la maladie (28 patients sur 59), la représentation des origines mystiques de la maladie (16 patients sur 59), la mauvaise relation soignant-malade (21 patients sur 59) et l'attitude négative de la maladie (26 patients sur 59). Ces résultats sur les facteurs psychosociaux dévoilent d'une certaine manière certains mécanismes de défense utilisés par les PVVIH et exposent l'origine de la rigidité de certains mécanismes de défense observés chez les PVVIH.

En effet, la théorie dynamique de la personnalité de I. S. Sigmund Freud permet d'expliquer la mise en place des mécanismes de défense chez le négro-africain. Selon cette théorie, l'être est composé de trois entités à savoir le corps ou l'enveloppe corporelle constituée d'organes extérieurs, les principes vitaux constitués de deux principes, le principe biophysique, composé d'organes internes et du Principe de vie comprenant la force vitale, et le principe spirituel. D'après cette théorie, rien n'arrive par hasard et tout a une explication qu'il faudrait saisir. Ainsi, la contamination au VIH doit avoir un sens. La mise en place des mécanismes de défense est fonction du sens donné à l'origine de l'infection. Selon que l'origine est mystique, le coping centré sur le problème serait le plus utilisé et la recherche de solutions pour venir à bout de l'infection est : soit dans la médecine traditionnelle ou soit dans un mélange de la médecine traditionnelle et moderne (syncrétisme). La plupart de ces patients font recours aux mécanismes immatures qui s'appuient sur les stratégies de coping centrées sur l'émotion et qui aboutissent sur une inobservance

confirmant les résultats sur les attitudes trouvées par M. A. Djibril et al en 2010. Seules les personnes qui confèrent l'origine de la maladie à une infestation du corps (le corps est infesté par un corps étranger que la médecine moderne peut isoler et combattre) développent des mécanismes matures utilisant des stratégies centrées sur le problème aboutissant sur des comportements d'observance avec des charges virales indétectables dans la durée.

L'étude de MA. Djibril et al. (2010), a su montrer les processus défensifs en lien avec les comportements d'inobservance thérapeutique sans aborder les stratégies de coping.

3.4. Mécanismes de défense, stratégies de coping et observance thérapeutique dans le VIH

Nous arrivons à la partie essentielle de notre travail qui est de montrer notre contribution à la science. L'établissement du lien entre mécanismes de défense, stratégies de coping et observance thérapeutique peut se résumer au schéma suivant.

Mécanismes de défense Stratégies de coping observance thérapeutique

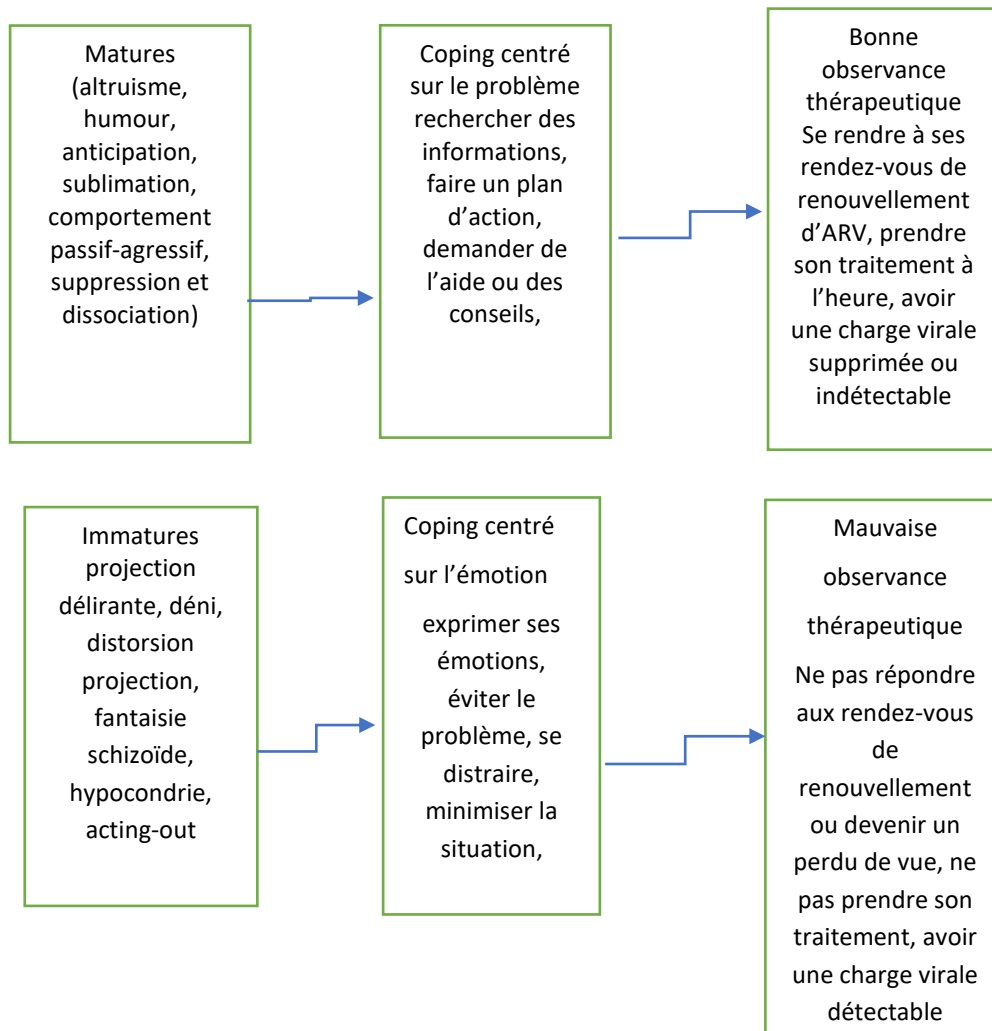


Schéma récapitulatif du lien entre les mécanismes de défense, les stratégies de coping et l'observance thérapeutique

À travers ce schéma, nous voyons clairement les types de liens qui établissent la connexion entre nos différents concepts. De ce schéma, nous voyons que la mise en place des défenses matures oriente vers l'utilisation des stratégies de coping centré sur le problème et aboutissant à une bonne observance thérapeutique.

Conclusion

Nous avons à travers une recension des écrits élaboré un schéma récapitulatif de la connexion entre les mécanismes de défense, les stratégies de coping et l'observance thérapeutique des personnes vivant avec le VIH. D'après ce lien, l'utilisation des défenses matures oriente vers le coping centré sur le problème conduisant à une bonne observance thérapeutique.

La tâche du psychologue de la santé dans la prise en charge est d'identifier les défenses des PVVIH. S'ils sont rigides, il doit intervenir. Il doit pouvoir également identifier le type de coping utilisé afin de la renforcer en l'orientant sur la résolution du problème : observance. La charge virale indétectable signe une bonne observance au traitement qui permet de freiner la transmission du VIH. Vice versa, l'observation des comportements d'observance thérapeutique du patient doit l'amener à comprendre les stratégies et les mécanismes de défense utilisés par le patient. Il pourra prendre des décisions thérapeutiques quant au renforcement à apporter et dans quelle sphère.

Références bibliographiques

- Bergeret J., Bécache A., Boulanger J.-J., Chartier J.-P., Dubor P., Houser M. et Lustin J.-J., 2008 : *Abrégé de psychologie pathologique*, Paris Masson collection "Abrégés," 10e édition.
- Boukiline-Kawaka T., 2021 : « Notion d'empêchement ou d'enfermement psychique chez les personnes touchées par un trouble mental en post hospitalisation au Togo », *HAL open science*, tel-03201803, HAL theses thèses en ligne.
- Bruchon-Schweitzer M., 2001 : « Concepts et modèles en psychologie de la santé », *Recherche en soins infirmiers*, N°67, décembre 2001 (p 68-83) <https://www.irepspdl.org/docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf>
- Casoni D. et Brunet L., 2003 : « *La psychocriminologie : Apports psychanalytiques et applications cliniques*, Presses de

- l'Université de Montréal*, doi :10.4000/books.pum.13659, Montréal.
- Chabrol H., 2005 : « Les mécanismes de défense », *Recherche en soins infirmiers*, vol 3, n°82, pp. 31-42.
- Desbrus-Qochih A. et Cathébras P., 2012 : « Obéir ou adhérer ? L'observance thérapeutique en question. Médecine Longévité », *Elsevier Masson SAS*, Vol 4, n° 3-4, pp. 111–122.
- Djibril MA., Assogba K., Patassi AA., Djassoa G., Redah D. et Agbetra A., 2010 : « Inobservance thérapeutique aux antirétroviraux chez les personnes vivant avec le VIH au Togo : Aspects psychologiques et psychosociaux », *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé*, Vol. 12, n°2 : serie D, Lomé.
- ECN-Pilly ECN., 2014 : « Infection ç VIH », www.infectiologie.com, 169, pp. 204-216.
- Essomba E. N, Adiogo D, Koum D. C, Amang B, Lehman L. G. et Coppieters Y., 2015 : « Facteurs associés à la non observance thérapeutique des sujets adultes infectés par le VIH sous antirétroviraux dans un hôpital de référence à Douala », *Pan African Medical Journal*, 2015.20.412., pp. 1-8.
- Ferreira C., Gay M. C., Regnier-Aeberhard F., Bricaire F., 2010 : « Les représentations de la maladie et des effets secondaires du traitement antirétroviral comme déterminants de l'observance chez les patients VIH », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Vol. 168, N°1, pp. 25-33.
- Gherissi A. et Tinsa F., 2010 : « Etude des déterminants de l'observance de la trithérapie auprès des personnes vivant avec le VIH en Tunisie-2008 », *Revue Tunisienne d'Infectiologie*, N°2 Vol. - 4 2010, pp. 66-73, Tunisie.
- Levitt D. et Lillie T., 2020 : « Long-Term HIV treatment Adherence for Key Populations : Program Considerations », *FHI 360* ; Durham.

- Ionescu S., Jacquet M.-M. et Lhote C., 2012 : *Les mécanismes de défense, Théorie et clinique*, Paris, Ed. Armand Colin.
- Izizag B. B., Situakibanza H., Kiazayawoko F., Nkodila A., Mafuta E., Lukanu P., Mukumbi H., Longokolo M., Mandina M., Mayasi N., Kinuka A., Amaela E., Kazadi W. et Mbula M., 2020 : « Déterminants de la non-observance au traitement antirétroviral chez l'adulte à Kinshasa », *Pan African Medical Journal*, 37(157), pp. 1-15.
- Mbopi-Kéou F. X., Dempouo-Djomassi L. et Monebenimp F., 2012 : « Etude des facteurs liés à l'observance au traitement antirétroviral chez les patients suivis à l'Unité de Prise En Charge du VIH/SIDA de l'Hôpital de District de Dschang, Cameroun », *Pan African Medical Journal*, 12(2012).
- Nordt M., 2019 : « Améliorer l'observance thérapeutique chez le patient chronique : une utopie ? », *Sciences pharmaceutiques*, dumas-02147810.
- Phaneuf M., 2013 : « Mécanismes d'adaptation et de défense chez le malade cancéreux et interventions infirmières », *Prendre soin.org*, Portugal, pp. 1-27.
- Ruszniewski, M., 2011 : « Les mécanismes de défense dans la relation médecin-malade : confrontation à la maladie grave », www.pediado.org : 18e Journées La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? 8&9 décembre 2011, pp. 15-18.
- Scheen A. J., Giet D., 2010 : « Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions, *Revue Médicale*, 65 : 5-6, Liège, pp. 239-245.
- Saka B., Tchounga B., Ekouevi D., Sehonou C., Sewu E., Dokla A. et Pitche V., 2017 : « Discrimination et stigmatisation vécues par les personnes vivant avec le VIH au Togo en 2013 », *Santé Publique*, 29, pp. 897-907.