

DES HOMMES ET DES FEMMES ATTEINTS DU SIDA OU CONTAMINÉS PAR LE V.I.H. FACE À LA SITUATION D'INSECURITE ET DE RISQUE DE MORT AU QUOTIDIEN

*Djamila BELALA**

RESUME

Les sujets atteints du VIH, souffrent d'un traumatisme baptisé « traumatisme de la mort annoncée », qui est différemment géré par cette population.

Ces sujets sont confrontés au problème d'insécurité que connaît l'Algérie depuis 1991.

Il s'avère, à la lumière de certaines observations, que la maladie prend chez cette catégorie de patients une place très importante au point où la réalité extérieure est déniée.

MOTS CLES : VIH, traumatisme(s), problème d'insécurité, communicabilité des représentations

Psychologue clinicienne

Psychologie 99/2000 n°8 (Numéro spécial)

INTRODUCTION

Je mène actuellement une recherche sur l'équilibre psychosomatique de patients contaminés par le VIH, séropositifs, ou atteints de SIDA. Ces patients sont confrontés à l'insécurité et au drame que vit l'Algérie depuis 1991 comme tous les Algériens. Ceci est d'autant plus vrai qu'ils ont vécu durant cette période dans des régions les plus diverses et certains d'entre eux viennent de régions à haut risque : Blida, Cherchell.

Différents travaux montrent que ce type de patients souffrent d'un traumatisme particulier, baptisé : « traumatisme de la mort annoncée ». Mes propres résultats confirment cette idée et permettent de souligner que ce « traumatisme de la mort annoncée » est différemment géré par cette population. Il s'agit bien évidemment dans tous les cas que j'ai rencontrés de traumatisme psychique au sens strict du terme c'est-à-dire d'un phénomène qui, « se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif ; relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations »¹ Mais il reste que son impact est infiniment variable d'un sujet à un autre. Cet impact dépend de la qualité du fonctionnement psychique des sujets. Ainsi, certains sujets développent une forte angoisse, d'autres développent des états dépressifs, d'autres encore procèdent par déni refusant de croire à cette réalité et continuant de vivre avec un style de vie autodestructeur, d'autres encore développent une symptomatologie mentale non structurée.

Il faut ajouter que ce traumatisme de la mort annoncée déborde ses sujets pour atteindre aussi bien leur environnement familial que les professionnels qui s'occupent d'eux : médecins, psychologues, infirmiers...

¹ 1 Laplanche et Pontalis, 1967 p 449

Les réactions sont variées, et pour ce qui est de nos propres observations, nous constatons qu'elles échappent rarement à des phases de panique et à la peur de la contagion. Le personnel soignant de l'hôpital qui côtoie ces patients durant de longues périodes, se trouve dans l'incapacité de contenir toute la charge émotionnelle engendrée par la prise en charge de ce type de malade. Certains manifestent de l'agressivité et de la colère à l'égard de ces malades sans pouvoir comprendre leurs attitudes rejetantes, d'autres limitent leurs contacts avec les malades. La qualité fonctionnelle de l'intervention du personnel soignant est parfois réduite du fait même de ce rejet.

Les réactions de l'entourage familial sont, elles aussi empreintes de cette attitude rejetante, par peur de la contamination. Cette attitude de rejet est accentuée par le fait que les parents attribuent souvent (toujours) la séropositivité et le sida au style de vie « déviant » de leur enfant ou de leur parent. Pour ces raisons, certaines familles se trouvent dans l'incapacité d'offrir aux malades le soutien affectif et physique dont ils ont tant besoin.

Toutes ces réactions témoignent des répercussions individuelles et collectives du « traumatisme de la mort annoncée » spécifiques au sida et à la contamination par le VIH.

Cet envahissement du psychisme de l'individu, de son entourage et du personnel soignant plaide pour la nécessité du soutien psychologique à apporter au malade mais aussi à tous ceux qui sont en contact régulier avec lui.

PRESENTATION DE LA RECHERCHE

Notre propos ici n'est pas de présenter dans le détail des résultats de cette recherche. Notre intérêt est autre. Il s'agit de nous interroger sur la manière dont cette

population, présentant ces caractéristiques hautement spécifiques, appréhende les éléments de la réalité extérieure relatifs à la situation que traverse l'Algérie depuis 1991.

Il s'agit pour nous d'une question majeure qui permettra, nous l'espérons, de préciser l'idée de la relativité de la valeur « objectivement traumatisante » des événements du monde extérieur sur la psyché de l'homme.

Les patients dont il est question ici présentent une configuration particulière, tant du point de vue de leur vie psychique, que du point de vue de leur économie psychosomatique. Ils ont à négocier journallement leur vie avec la mort, à lui faire face quotidiennement, chacun en fonction de ses propres moyens et du support qu'il trouve dans son environnement.

Dans tous les cas que nous avons observés, l'ébranlement caractéristique aux situations traumatiques y est cependant présent. Comment dans ce cas peuvent-être vécus et appréhendés l'insécurité et les risques de mort en relation avec le monde extérieur chez les sujets atteints du V.I.H.? Peuvent-ils d'abord être perçus en tant que tels ? Nous ne connaissons pas de travaux qui ont discuté la problématique du traumatisme dans cette perspective. Nous avons cependant en tête cette affirmation catégorique de P.MARTY qui pose que « l'origine du traumatisme ne porte pas en elle-même une valeur objectivement appréciable. La perte d'un être proche peut ne pas être plus traumatisante, chez un individu, qu'un jour, chez un autre par exemple, le sentiment provoqué par le passage d'une poussière dans un rayon de soleil. »¹.

Nous ne pouvons discuter ce problème aujourd'hui avec la rigueur méthodologique qui s'impose. La raison est simple : cette interrogation n'était pas présente dans notre

¹ 1 Marty, 1976, p 102

esprit lorsque nous avons arrêté notre protocole expérimental pour l'évaluation de l'équilibre psychosomatique des sujets séropositifs ou atteints par le sida. Elle a germé progressivement en nous à partir des discussions du laboratoire de psychologie clinique à la S.A.R.P.

Si nous ne pouvons pas discuter cette interrogation de manière stricte, nous pouvons dire, cependant que le corpus de travail que nous avons recueilli nous permet de cerner et d'apporter un éclairage à son sujet.

Nous avons, en effet, examiné vingt sujets séropositifs ou atteints du SIDA au moyen d'un entretien semi-directif, d'un Rorschach et d'un TAT. C'est la partie du corpus recueilli au moyen de l'entretien qui intéresse particulièrement notre propos.

Les données recueillies par le biais de l'entretien sont à même de nous informer sur la vie passée et présente du sujet, y compris depuis 1991*. Nous pouvons donc inférer à partir de ces entretiens l'impact de la situation sécuritaire sur le déroulement de la vie des sujets. Nous devons préciser que la question sur la manière dont les patients géraient leur vie face à l'insécurité n'a pas été systématiquement posée. Elle ne l'a été que lorsque le déroulement de l'entretien y conduisait spontanément, notamment lorsque nous apprenions que le patient est originaire d'une région très touchée par le terrorisme.

OBSERVATIONS TIREES DE LA CLINIQUE

L'examen du contenu des entretiens nous met en présence de deux cas de figure : il y a des sujets qui abordent la question sécuritaire et d'autres qui n'en parlent

* L'objectif de l'entretien étant d'explorer les différents aspects de la vie des sujets afin de cerner leurs économie psychosomatique

pas du tout durant l'entretien . On peut remarquer que ceux qui n'en parlent pas constituent la majorité des cas.

Cette observation constitue une donnée de première importance pour notre interrogation : lorsque des personnes qui vivent aujourd'hui en Algérie, et parmi elles des personnes vivant dans des zones gravement touchées par le terrorisme, parlent de leur propre vie, sans faire référence à un moment ou à un autre à l'insécurité . on peut raisonnablement soutenir que le problème d'insécurité n'occupe pas une place centrale parmi leurs investissements. Dès lors peut-on parler pour ces sujets de traumatisme lié à la situation sécuritaire ? La question reste ouverte, mais nous pouvons penser qu'il y a bien peu de chance pour que cela puisse être réellement le cas.

Nous allons tenter, dans ce qui suit, d'examiner plus en détail, les deux cas de figure : ceux qui en parlent et ceux qui n'en parlent pas.

A) Les patients qui abordent la situation sécuritaire :

1/ Mr A. 38 ans, grand de taille, très maigre, attitude très efféminée, séropositif depuis deux années. Il commence par parler de son travail qui devient très fatigant.

Il est inspecteur des prix et de la concurrence, il est obligé de s'absenter, car il se sent très fatigué et très nerveux. Il s'estime heureux car il a un directeur qui le comprend. Ce dernier lui permet de ne travailler que les demi-journées. dans la mesure où il habite une région à risque, Blida. L'occasion m'est alors offerte pour lui demander comment ça se passe à Blida, pour l'amener à parler de la situation sécuritaire, voici ce qu'il nous dira : «ouf. On vit dans la peur, ils ont tué une voisine, balle perdue c'est un choc. Elle a 17 ans ça te travaille mais ça à l'air d'aller ces temps-ci. Il y a trop de sécurité ». Le patient tousse un moment puis se lève pour aller vers les toilettes pour cracher et revient à sa place. Je n'interviens pas pour voir si le sujet va continuer d'associer sur ce qu'il

venait de dire. Après un moment de silence il dit : C'est dur comme je souffre, mais je m'en sors, je suis très fatigué, je pleure, je ne peux pas me mettre debout, mes collègues me disent repose-toi ou rentre chez toi. Je suis très nerveux, même quand je rentre à la maison, il n'y a rien, c'est que je ne m'occupe de rien, je sais pas faire le ménage, aider ma femme, parce qu'elle est seule... ».

Durant le reste de l'entretien le sujet continue de parler de son angoisse qui s'est déclenchée depuis l'annonce de la séropositivité, sur la manière dont il doit surmonter cette angoisse et il ne reviendra plus sur le problème de l'insécurité ambiante.

2/ Il s'agit d'une femme de 42 ans, séropositive depuis 6 mois, habitant une région à risque : Cherchell. La patiente parle de son travail dans une agence touristique et le décrit comme très enrichissant, lui permettant d'avoir des contacts avec des personnes étrangères, d'animer des soirées. Son travail s'est trouvé largement réduit du fait de l'insécurité. Elle s'est retrouvée limitée à une activité de bureau. Mais elle dit qu'elle ne s'ennuie pas, qu'elle aime son travail actuel que cela la repose. La patiente ne donne pas d'autres précisions sur la situation sécuritaire et enchaîne ensuite sur un nouveau thème : Son adolescence. Elle était très débrouillarde et dynamique, c'est elle qui effectuait tous les déplacements pour régler les problèmes de la famille et tout le monde pouvait compter sur elle.

B) Ceux qui n'abordent pas la situation sécuritaire.

En réexaminant le récit de vie de ses sujets, voici les observations qui se sont imposées à nous :

1- Leur vie psychique se trouve face à une quantité d'émotions débordante. Ils sont tenaillés et obnubilés par ce qui se passe en eux-mêmes : angoisse de l'inconnu qui

les guette, pour les séropositifs, et angoisse de mort et peur de la souffrance, pour les patients atteints de SIDA.

2- Leur préoccupation majeure est centrée sur le problème des médicaments qui n'existent pas dans notre pays. De ce fait, il développe une forte agressivité vis-à-vis de l'équipe soignante qui ne les prend pas suffisamment en charge et ne défend pas leurs dossiers auprès des responsables politiques pour obtenir les moyens nécessaires à leur médication.

3- Ils s'étalent largement sur la réaction de leur famille et les réactions de celle-ci face à l'annonce de la séropositivité et du SIDA .

CONCLUSION

La maladie a pris une place importante dans l'économie psychosomatique des sujets atteints au point où la réalité extérieure (problème d'insécurité) a été déniée, écartée, la plupart des sujets se sont montrés plus inquiets pour leur santé, pour leur manque d'argent, pour leur avenir, ils sont plus angoissés pour leur prise en charge médicale face à un Etat qui, selon leurs dires, ne fait rien pour eux . La majorité est consciente que ce qu'on leur administre comme traitement est purement symptomatique, certains envisagent même de partir à l'étranger pour se faire soigner.

Il y a aussi l'idée de la mort qui est fortement présente chez ses sujets. L'idée de la mort nous l'avons en commun et le problème d'insécurité, nous le vivons comme un danger qui nous guette tous quotidiennement, nous vivons la situation dans l'appréhension et la peur, mais le SIDA, nous ne l'avons pas en commun, c'est une catégorie de personne qui est touchée et vit la situation dans la menace d'une mort permanente. C'est la prédominance de la pulsion de mort sur la psyché.

Pourtant on aurait pu penser que les problèmes d'insécurité constitueraient pour les patients atteints du VIH une situation particulièrement dangereuse dans la mesure où leur maladie est souvent rapportée aux perversions sexuelle, à la délinquance des drogués. Autrement dit, du fait des préjugés liés à cette maladie, les personnes atteintes auraient pu se considérer comme des cibles privilégiées du terrorisme or, les résultats auxquels nous sommes parvenus ne soutiennent pas ce type d'hypothèse.

Il est vrai que l'on pourrait considérer le terrorisme comme un traumatisme mais avoir le virus d'immuno déficience en est un aussi.

Pour le problème d'insécurité, il existe une communicabilité des représentations : Les gens parlent évoquent les agressions, les tueries, les viols...

La médiation symbolique peut ainsi se mettre en place, et permettre l'élaboration de la situation traumatique.

L'atteinte par le VIH ne mobilise pas l'ensemble de la société ce qui empêche la communicabilité des représentations; les personnes atteintes sont tenues, du fait de cette non communicabilité, à réprimer leurs affects, leurs sentiments relatifs à la peur de la mort, la culpabilité, la souffrance...

Ce faisant, il est difficile pour eux d'engager un processus de symbolisation qui leur donnerait la possibilité d'intégrer leur choc.

Bibliographie :

AIT SIDHOUM M.A. (1989) ; Le psychologue ; le traumatisme ; l'insécurité et la gestion de l'économie psychosomatique L'expérience d'une consultation à Alger, Psychologie ; n 7 ; P.5-27

JOURDAN-IONESCU C. et DE LA ROBERTRIE J. Interrogation que pose au clinicien le sida. Psychologie française;N°34-2/3; Sept 1989

LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B ..(1967); Vocabulaire de la psychanalyse ;Paris ;PUF.

MARTY P. (1976) ; Les mouvements individuels de vie et de mort

RUFFIOT A .(1989); Psychologie du sida,(Approches psychanalytiques, psychosomatiques; et socio-éthiques); Liège; Mardaga.

THOME-RENAULT A.(1995) ;Le traumatisme de la mort annoncée. Psychosomatique et Sida ;Paris ;Dunod.

رجال و نساء مصابون بالسيدا أو ذوو المصل الاجابي HIV أمام الحالة الأمنية و خطر الموت اليومي

ملخص

يعاني الأشخاص المصابون بفيروس HIV من صدمة، وُصفت بـ "صدمة إعلان الموت". صنفُ الى ذلك أنهم يواجهون مشكلة اللّأمن التي تعرفها البلاد منذ 1991. فهل يمكن اعتبار حالة اللّأمن كصدمة ثانية يتعرض لها الأشخاص المصابون بفيروس HIV.

الكلمات الأساسية: VIH - الصدمة - مشكلة اللّأمن - الاتصال
التصوّري

