

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



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

RESEARCH AND DOCTORAL
TRAINING UNIT FOR THE SOCIAL
SCIENCES

***CAPACITES CREATRICES ET REAMENAGEMENT
IDENTITAIRE CHEZ L'ADOLESCENT INFECTE PAR LE
VIH/Sida***

Une étude de cas

*Mémoire rédigé et soutenu en vue de l'obtention du Master en Psychologie
Spécialité : Psychopathologie et Psychologie Clinique*

Mémoire présenté et soutenu le 08 Avril 2022

Par :

ESSAGA ONYONG Suldive Berline

Jury:

Président : TSALA TSALA Jacques-Philippe
Professeur.

Université de Yaoundé I

Rapporteur : NGUIMFACK Léonard
Maitre de conférences

Université de Yaoundé I

Membre : NDJE NDJE Mireille
Maitre de conférences

Université de Yaoundé I

Mai 2022

A

Mes parents

Mr. et Mme ONYONG

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier très chaleureusement :

Le Pr. Léonard Nguimfack qui a dirigé ce travail de Master. J'ai pu apprécier sa grande disponibilité au travers de nos échanges qui m'ont permis de mener à bien ce travail ;

Le Pr. Jacques-Philippe Tsala Tsala pour avoir autorisé cette recherche et pour ses enseignements sur les fondamentaux d'un travail scientifique ;

Tous les enseignants du Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I, spécifiquement le feu Pr. Germain Ketcha Wanda pour ses orientations et son regard critique ;

Le Directeur de l'Hôpital Jamot de Yaoundé qui a bien voulu accepter notre demande ;

L'ensemble des adolescents du CTA de l'HJY qui ont accepté de participer à cette étude et sans qui elle aurait été difficile à mener à bon port ;

M. Péguy Konguéa, pour sa présence, ses conseils, ses encouragements et son soutien à tous les niveaux qui m'ont été d'un grand réconfort ;

M. Cédric Teukougang, Assistant psychosocial au CTA de L'HJY, pour m'avoir accordé sa confiance en me facilitant l'accès dans la structure et vers les adolescents infectés par le VIH/sida ;

M. Goula Boris pour son regard critique, ses conseils et ses encouragements ;

M. Konfo Tcholong Clémence Idriss pour tous ses conseils et son apport critique ;

Tous les membres de l'équipe de recherche ECCNA pour leur apport critique dans la réalisation de ce travail ;

M. Ond Stéphane Junior pour ses multiples conseils et encouragements ;

Mes frères et sœurs, Chancelle, Géraldine, Davy, Marie Claire et Ghislain pour leur soutien et encouragement ;

Tous mes camarades et amis pour tout leur soutien en particulier, Viviane Mamaï, Manuela Nzini, Roland Njike, Keugna Bénédicte, Joyce Kissipini, Ngando Etame Martine, Djeukwa estelle, Ezeogu Thierry et Bodo Arsène pour leur soutien et encouragement.

SOMMAIRE

DÉDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
SOMMAIRE	iii
RESUME.....	iv
ABSTRACT	v
LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS ET ACHRONYMES	v
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ANNEXES	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE	4
CHAPITRE 2 : CAPACITES CREATRICES, ADOLESCENCE, VIH/SIDA ET IDENTITE.....	29
CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUE DU PROBLEME.....	69
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	94
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	119
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION.....	151
CONCLUSION GENERALE	168
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	172
ANNEXES.....	183
TABLE DES MATIERES	234

RESUME

La présente étude a pour titre « *Capacités créatrices et réaménagement identitaire chez l'adolescent infecté par le VIH/sida. Une étude de cas* ». La survenue de la maladie chronique comme l'infection du VIH/sida engendre un bouleversement, une déstructuration de l'identité chez l'adolescent. Ce bouleversement identitaire s'exprimant par des blessures narcissiques, un sentiment de solitude, de culpabilité et d'injustices, une désorganisation dans la relation à soi et une désorganisation avec l'environnement familial. Or selon le modèle théorique centré sur les capacités d'autorégulation, les individus possèdent des ressources (personnelles, matérielles et environnementales), des potentialités qu'ils mobilisent et par lesquels ils activent plusieurs stratégies en résolution de problème divers ou en gestion de vie qui leur permettent de se transformer et d'évoluer lorsqu'ils sont perturbés. Ainsi, certains adolescents face à la perturbation qu'est l'infection du VIH/sida tendraient à se réajuster et à vivre une vie normale en mobilisant un ensemble de ressources. Cela étant, l'appréhension de la dynamique du réaménagement identitaire en lien avec les capacités créatrices chez l'adolescent est l'objet sur lequel a porté notre attention. En rapport avec cet objet, la question que nous nous sommes attelées à résoudre était de savoir : *comment les capacités créatrices de l'adolescent infecté par le VIH/sida participent-elles à la dynamique de son réaménagement identitaire ?* En nous appuyant sur le modèle théorique de l'autorégulation de Nader-Grosbois (2009), nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle « *les capacités créatrices de l'adolescent infecté par le VIH/sida participent à son réaménagement identitaire à travers la mise en disponibilité de ses ressources personnelles, sociales et environnementales* ». Les données ont été collectées à l'aide des entretiens semi-directifs auprès de quatre adolescents infectés par le VIH/sida, pris en soin à l'HJY. La technique d'analyse de contenu, axée sur le repérage des thèmes significatifs, a été utilisée pour l'analyse des entretiens. Il ressort de nos résultats que la survenue de l'infection du VIH/sida engendre bouleversement, désordre et perturbation dans la vie de l'adolescent. Ce bouleversement ayant des répercussions sur la construction de son identité, entraîne par la suite la mobilisation d'une énergie créatrice qui est à l'œuvre dans la dynamique du réaménagement identitaire chez ce dernier. Dans un premier temps nous notons un vécu traumatique Dans un second temps, nous notons une désorganisation de la relation avec l'entourage social et familial. Plus important par la suite, nous voyons s'enclencher et se mettre en place des facteurs déterminants les capacités créatrices. La mise en exergue de ces facteurs et des mécanismes d'autorégulation que sont les mécanismes de régulation des comportements, des émotions et de l'environnement permettent à l'adolescent de se réaménager c'est-à-dire de se réajuster. Il s'agit pour lui de redéfinir son identité, ce sentiment subjectif qui le particularise et le distingue des autres adolescents.

Mots clés : capacités créatrices ; réaménagement identitaire ; adolescent ; infection du VIH/sida ; étude de cas.

ABSTRACT

The title of this study is "Creative Capacities and Identity Reorganization in the HIV/AIDS-Infected Adolescent. A case study". The onset of a chronic illness such as HIV/AIDS infection leads to an upheaval, a destructuring of the identity of the adolescent. This identity upheaval is expressed by narcissistic wounds, a feeling of loneliness, guilt and injustice, a disorganization in the relationship to oneself and a disorganization with the family environment. According to the theoretical model centered on self-regulation capacities, individuals possess resources (personal, material and environmental), potentialities that they mobilize and through which they activate several strategies in solving various problems or in managing their lives, which allow them to transform themselves and evolve when they are disturbed. Thus, some adolescents, faced with the disruption of HIV/AIDS infection, tend to readjust and live a normal life by mobilizing a set of resources. This being the case, the apprehension of the dynamics of identity readjustment in relation to the creative capacities of the adolescent is the object on which we have focused our attention. In relation to this object, the question we set out to resolve was: how do the creative capacities of the HIV/AIDS-infected adolescent participate in the dynamics of his or her identity reorganization? Based on Nader-Grosbois' (2009) theoretical model of self-regulation, we formulated the hypothesis that "the creative capacities of the HIV/AIDS-infected adolescent participate in his or her identity reorganization through the availability of personal, social and environmental resources. The data were collected through semi-structured interviews with four HIV/AIDS-infected adolescents under care at the YCH. The content analysis technique, which focuses on the identification of significant themes, was used to analyze the interviews. Our results show that the onset of HIV/AIDS infection causes upheaval, disorder and disruption in the adolescent's life. This upheaval, which has repercussions on the construction of his or her identity, subsequently leads to the mobilization of a creative energy that is at work in the dynamics of the reorganization of his or her identity. In the first instance, we note a traumatic experience. In the second instance, we note a disorganization of the relationship with the social and family environment. More importantly, we see factors that determine creative abilities being set in motion. The highlighting of these factors and of the self-regulation mechanisms that are the mechanisms of regulation of behaviors, emotions and the environment allow the adolescent to readjust himself. It is a question for him to redefine his identity, this subjective feeling which particularizes him and distinguishes him from the other adolescents.

Key words: creative abilities; identity redevelopment; adolescent; HIV/AIDS infection; case study.

ABREVIATIONS ET ACHRONYMES

APA : American Psychological Association

ARV : Antirétroviraux

AVVIH : Adolescent Vivant avec le VIH

CD4 : Cluster de différenciation 4

CNLS : Comité Nationale de Lutte contre le Sida

CRTV : Cameroon Radio Television

CTA : Centre de Traitement Agréé

DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders –version révisée.

HJY : hôpital Jamot de Yaoundé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MINJEC : Ministère de la Jeunesse et de l'Éducation Civique

MINSANTE-DPS : Ministère de la Santé Publique – Direction de la Promotion de la Santé

MM³ : Millimètre cube

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

PNLT : Programme National de Lutte contre la Tuberculose

PVVIH : Personne ne Vivant avec le VIH

SIDA : Syndrome d'immunodéficience Acquise

SNH : Société Nationale des Hydrocarbures

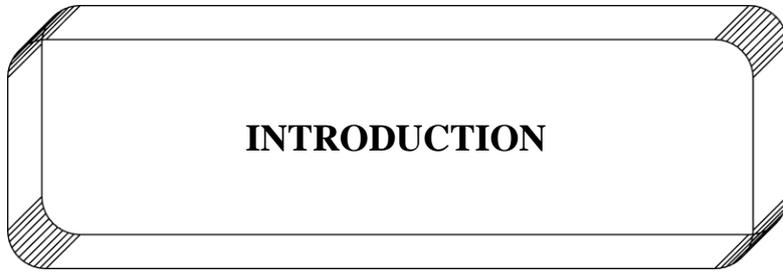
VIH : Virus de l'immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

<u>Figure 1</u> : représentation schématique du modèle intégré d'autorégulation et d'hétérorégulation.....	94
<u>Tableau 1</u> : critères pouvant servir à marquer le début et la fin de l'adolescence	36
<u>Tableau 2</u> : caractéristiques des participants.....	103
<u>Tableau 3</u> : grille d'analyse	113

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Attestation de recherche	185
Annexe 2 : Autorisation de stage de recherche	186
Annexe 3 : Le Guide d'entretien	187
Annexe 4 : Formulaire de consentement éclairé	188
Annexe 5 : Corpus des entretiens avec l'adolescent Adrien	190
Annexe 6 : Corpus des entretiens avec l'adolescent Valérie.....	199
Annexe 7 : Corpus d'entretiens avec l'adolescent Myriam	212
Annexe 8 : Corpus d'entretien avec l'adolescent Maeva	222



Le VIH/Sida est une maladie chronique qui continue de se répandre dans le monde et ne cesse de sévir (Lot & Cazein, 2019). Elle ne connaît pas de frontière car elle touche des populations différentes (hommes et femmes, enfants et adolescents) sans tenir compte de la géographie ou de l'orientation sexuelle et est souvent due à des causes différentes. A la lumière des données épidémiologiques, il est possible de constater que, malgré les importants progrès de la médecine concernant l'infection par le VIH/Sida, un nombre considérable d'individus est actuellement porteur du virus.

Les prévisions épidémiologiques indiquent qu'au Cameroun l'évolution du nombre de décès liés au sida est positive. Le nombre de décès est passé de 22 000 en 2010 à 18 000 en 2018, soit une baisse de 19%. Le nombre de nouvelles infections au VIH a également baissé au cours de la même période, passant de 36 000 à 23 000.

Toutefois, on remarque que, certaines populations sont encore plus à risque d'infection, alors que d'autres groupes voient leurs risques de contracter le virus diminué avec les modifications du portrait de l'infection. Les adolescents seraient donc parmi ces populations où l'infection à VIH/Sida est encore très significative (ONUSIDA, 2018). Les adolescents continuent donc d'être touchés de plein fouet par l'épidémie et que l'incapacité à les atteindre ralentit les progrès réalisés à l'échelle mondiale au cours des vingt dernières années dans la lutte contre l'épidémie (MINJEC, 2018).

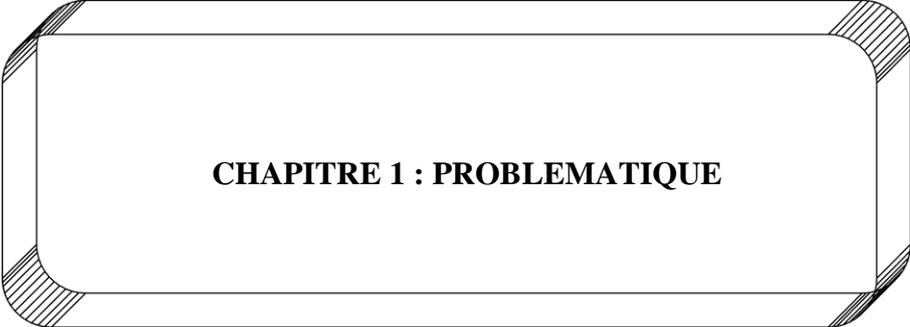
Certains auteurs (Brown, 2000 ; Pao, 2000 ; Howland, 2000 ; Frederick, 2000 ; Funck-Brentano, 2002 ; Blanche, 2002) relèvent que, malgré l'arrivée des trithérapies qui ont considérablement réduit la mortalité des sujets infectés par le VIH, ils restent plus ou moins sévèrement affectés par des problèmes psychologiques liés à la blessure d'être séropositif, au poids d'un lourd passé médical et d'une histoire familiale souvent complexe qui pourront avoir des répercussions sur leur identité. En faisant irruption à l'adolescence, qui représente une étape entre l'enfance et l'âge adulte, une période de développement marquée par une crise dite d'adolescence, de profondes perturbations et de conflits (Cloutier, 1996 ; Hall, 1904), elle peut bouleverser l'identité de l'individu qui est en cours de construction. Selon Pierret (2001, p.8), la survenue d'une maladie chronique comme l'infection à VIH/sida, est une expérience qui remet profondément en question le sentiment d'identité du sujet. Elle affecte le sujet, non pas seulement dans sa corporéité, son psychisme, elle modifie également la manière dont il s'appréhende, se représente lui-même, et se définit (Marin, 2018).

D'après Edmond (2005, p.19), l'identité est « *un sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle et d'une continuité temporelle* » (Erikson, 1972, cité par Edmond, 2005, p 13). Ce sentiment est le résultat d'un double processus qui s'opère en même temps au cœur de l'individu ainsi qu'au cœur de la culture de sa communauté.

En fait, l'identité est constamment affectée par les situations de l'existence, les rôles et les places assumés, les relations avec autrui, les évènements extérieurs (rencontre, deuil, divorce, perte d'emploi, maladie grave) qui peuvent avoir des répercussions considérables sur l'image de soi et le sentiment d'identité.

Dans cette étude, nous prenons le contre-pied de ces travaux et nous nous intéressons à une expérience positive par les adolescents infectés par le VIH/sida, se traduisant par un réaménagement identitaire et une stabilité de l'identité dans le cours de son développement ; cet aspect étant moins illustré. En effet, les auteurs (Trocmé & al., 2002 ; Vidal-Naquet, 2009 ; Garceau-Brodeur, Fernet & Levy, 2005) évoquent une énergie créatrice, des potentialités ou capacités créatives qui permettraient aux adolescents de faire face à la perturbation que représente l'infection à VIH/sida. L'objectif de cette recherche est par conséquent d'appréhender malgré les éprouvés qu'a l'adolescent infecté par le VIH/sida, les capacités créatrices qu'il met en place pour réaménager son identité.

En vue d'atteindre l'objectif suscité, nous avons subdivisé notre travail en chapitre : il en compte six au total. Le chapitre premier, intitulé Problématique, est le positionnement de notre problème de recherche par rapport aux travaux antérieurs. Le chapitre deuxième, nommé capacités créatrices, adolescence, VIH/sida et identité est une revue de littérature sur ces notions. Le troisième chapitre ayant pour titre Insertion théorique du problème, ressort l'ancrage théorique de notre problème de recherche. Par la suite, la Méthodologie de l'étude est détaillée au niveau du chapitre quatrième. Le cinquième chapitre est une présentation et une analyse des résultats, et enfin, le chapitre sixième synthétise ces résultats pour en faire une interprétation et une discussion.



CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE

1.1.CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

L'infection du VIH/sida est une pathologie récente puisque les premiers cas de SIDA (Syndrome d'Immuno Déficience Acquise) ont été décrits au début des années 1980. Cette maladie qui fait peur et pour laquelle aucun traitement n'était disponible avant 1987, a obligé les organisations sanitaires à mettre en place des programmes de prévention pour limiter les contaminations (mise en vente libre de seringues ; accès facilité aux préservatifs ; campagne d'informations grand public ; mise en place des Centres de Dépistages Anonymes et gratuits). Toutefois, malgré les efforts de la médecine, le nombre de personnes contaminées continuaient d'augmenter et les malades mouraient devant les médecins impuissants et des entourages terrifiés. C'est seulement à partir de 1996 que, l'arrivée des antirétroviraux communément appelés multi thérapies, viendront réduire le nombre de décès (Gauchet, 2005, p.8).

Aujourd'hui, avec l'avènement de ces antirétroviraux (ARV) une lueur d'espoir renait du fait déjà de l'évolution de la médecine. *Cette dernière a permis de faire reculer de manière significative le moment d'entrer dans la phase SIDA proprement dite et bon nombre de personnes sont convaincues du bien-fondé de la trithérapie* (Da Silva, 1999, p.109).

Malgré l'avènement des trithérapies, l'épidémie continue de se répandre dans le monde et ne cesse de sévir (Lot & Cazein, 2019). Elle ne connaît pas de frontières car elle touche des populations différentes (hommes et femmes) sans tenir compte de la géographie ou de l'orientation sexuelle et est souvent due à des causes différentes (contact étroit et non protégé avec les liquides de l'organisme d'un sujet infecté : le sang, le sperme au travers du liquide séminal qui s'écoule au début de l'érection, les sécrétions vaginales et le lait).

Ainsi, en 2015, selon les informations de l'OMS, 36,7 millions le nombre de personnes vivaient avec le VIH dans le monde et 1,1 million de personnes étaient décédées de suite de SIDA. Toutefois, une baisse considérable de l'épidémie de VIH/sida a été observée par rapport aux deux dernières décennies. Peu de personnes ont contracté l'infection à VIH cette année-là que n'importe quelle année depuis 1991.

Partant de ce qui précède, en s'appuyant sur les statistiques rendus publiques par l'OMS (2015) et de manière groupée, on a enregistré en Europe Occidentale et Centrale et en Amérique du Nord approximativement 2,4 millions de PVVIH; toujours dans le même ordre d'idées, l'Europe Orientale et l'Asie Centrale ont enregistré selon les données de l'OMS

(2015), environ 1,5 million de PVVIH et 190 000 nouvelles infections ; en Amérique Latine et dans les Caraïbes, l’OMS (2015) a enregistré 2 millions de PVVIH et 100 000 nouvelles infections ; en Asie et dans le Pacifique, 5,15 millions et 300 000 nouvelles infections ont été recensées (OMS, 2015).

En 2017, d’après ONUSIDA, 940 000 personnes sont décédées d’une ou des causes liées au VIH dans le monde (ONUSIDA, 2017). De même, selon l’OMS (2017), la Région Européenne de l’OMS (Danemark) a enregistré 160 000 personnes séropositives dont plus de 130 000 personnes dans la partie Orientale de la Région. Par ailleurs, en Asie Centrale, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH a doublé et a augmenté de plus d’un quart ces 20 dernières années au Moyen-Orient. Cette contamination s’expliquerait selon l’OMS (2017) par certains comportements et situations qui accroissent le risque pour un individu de contracter une infection à VIH. Elle note entre autres les hommes ayant des rapports sexuels avec d’autres hommes ; les consommateurs de drogue par injection ; les personnes détenues en prison et dans d’autres milieux fermés ; les travailleurs du sexe et leurs clients, et les transgenres. Cette vulnérabilité accrue face au VIH est souvent associée à des facteurs juridiques et sociaux qui aggravent l’exposition au risque et érigent des obstacles entravant l’accès à des services de prévention, de dépistage et de traitement efficaces, abordables et de qualité.

Actuellement à l’échelle mondiale, l’OMS (2018) estime qu’il y’aurait 37,9 millions de personnes vivant avec le VIH/sida à la fin de 2018. En raison de services lacunaires contre le VIH, on a compté 770 000 décès liés au virus et 1,7 million de nouvelles infections. Toutefois, on a noté une baisse considérable de l’infection à VIH/sida.

En continuité sur les statistiques mondiales de 2018, la région d’Asie et du Pacifique dénombre 5,9 millions de personnes vivant avec le VIH, l’Europe de l’Est et l’Asie Centrale 1,7 millions ; de même l’Europe Occidentale et Centrale ainsi que l’Amérique du Nord, dénombre 2,2 millions de personnes infectées (ONUSIDA, 2018).

L’OMS (2018) a indiqué qu’entre 2000 et 2018, les nouvelles infections à VIH ont diminué de 37% et les décès liés au virus de 45%, le traitement antirétroviraux (TAR) ayant permis de sauver 13,6 millions de vies. Ce résultat a été obtenu grâce aux efforts considérables consentis par les programmes nationaux de lutte contre le VIH appuyés par la société civile et les partenaires internationaux du développement.

Dans cette population générale, environ 1,7 million seraient des enfants de plus de 15 ans. Les jeunes sont donc au cœur de la pandémie mondiale du VIH/sida car chaque jour, près de 6 000 jeunes de 15 à 24 ans contractent le VIH. Cette population adolescente reste la plus vulnérable.

En effet, Roncier (2018), explique ces données dans le rapport de la vingt-deuxième conférence internationale d'Amsterdam. Il est noté que 130 000 enfants et adolescents âgés de 19 ans ou moins sont morts de Sida et que parmi les 430 000 enfants et adolescents ayant contracté le VIH, près de 50 (enfants et adolescents) le contractaient par heure. Le rapport indique que les adolescents continuent d'être touchés de plein fouet par l'épidémie et que l'incapacité à les atteindre ralentit les progrès réalisés à l'échelle mondiale au cours des vingt dernières années dans la lutte contre l'épidémie. Par ailleurs, il est signalé dans le rapport que :

- Parmi les 3 millions d'adolescents de moins de 19 ans vivant avec le VIH, ceux de 10 à 19 ans représentent près de deux tiers de ces adolescents.

- Bien que le nombre de décès ait reculé dans tous les autres groupes d'âge, depuis 2010, y compris chez les adultes, la mortalité parmi les adolescents les plus âgés (de 15 à 19 ans) n'a pas diminué.

- Sur quelques 1,2 millions de personnes âgées de 15 à 19 ans vivant avec le VIH en 2017, 3 sur 5 étaient des filles. Ainsi, cette propagation de l'épidémie parmi les adolescents s'explique par des relations sexuelles précoces, notamment avec des hommes plus âgés, des relations sexuelles non consensuelles, le manque de pouvoir de négociation en matière de sexualité, la pauvreté et le manque d'accès à des services de conseil et de dépistage confidentiels.

Ainsi, avec plus de 35 millions de morts à ce jour, le VIH constitue sans cesse un problème mondial majeur de santé publique et l'Afrique n'est pas en reste.

En 2015, l'Afrique Subsaharienne a enregistré 25,6 millions de personnes vivant avec le VIH, 1,37 million d'infection sur les 2,1 millions de nouvelles infections recensées dans le monde et 800 000 décès liés au VIH/sida (OMS, 2015).

En 2016, l’Afrique Orientale et Australe a affiché 19 millions de PVVIH et 960 000 nouvelles infections et l’Afrique Occidentale et Centrale environ 6,5 millions de PVVIH et 410 000 nouvelles infections (ONUSIDA, 2016).

A l’heure actuelle, la Région africaine de l’OMS à savoir Brazzaville, est la région la plus touchée dans le monde ; elle a enregistré 25,7 millions de personnes vivant avec le VIH et plus de deux-tiers de nouvelles infections par ce virus survenant dans le monde (OMS, 2018). Toujours en continuité des statistiques de 2018, ONUSIDA (2018) a enregistré en Afrique de l’Est et Australe 20,6 millions de personnes vivant avec le VIH, 800 000 nouvelles infections et 310 000 décès liés au VIH ; en Afrique de l’Ouest et du Centre 5 millions de personnes vivant avec le VIH/sida. Autant dire que le continent Africain est loin de sortir de l’auberge. Gehler (2000), montre à quel point le VIH décime une région où certains ne croient toujours pas en son existence. Ce qui, malheureusement, fait le lit de sa propagation.

Cette prolifération de l’infection par le VIH/sida s’expliquerait selon ONUSIDA (2019), par un ralentissement des progrès, en particulier hors d’Afrique et donc à contre-courant de déclarations habituelles qui affirment que le sida serait en passe d’être éradiqué.

On ne saurait donc parler de l’infection à VIH/sida en Afrique sans s’intéresser de plus près au Cameroun. ONUSIDA (2018), estime qu’il y’aurait environ 540 000 personnes vivant avec le VIH au Cameroun, soit 23 000 personnes nouvellement infectées et 18 000 personnes décédées de maladies liées au sida. En effet, l’incidence du VIH, c’est-à-dire le nombre de nouvelles infections dans une population et au cours d’une période donnée, est de 1,02 %, toutes tranches d’âge confondues. Toutefois, L’évolution du nombre de décès liés au sida est positive. Ils sont passés de 22 000 en 2010 à 18 000 en 2018, soit une baisse de 19 %. Le nombre de nouvelles infections au VIH a également baissé au cours de la même période, passant de 36 000 à 23 000. Cette baisse considérable est due à la mise en œuvre d’un projet de prévention primaire des IST/VIH/sida chez les adolescents et les jeunes pour prévenir la transmission du VIH chez ces derniers. Par ailleurs, on note aussi l’implication des jeunes à tous les niveaux comme acteurs majeurs de la lutte pour mieux adapter les actions à la cible et afin qu’ils s’approprient tout d’abord le combat et servent ensuite de relais auprès de leurs pairs (MINJEC, 2018).

A la lumière des données épidémiologiques présentées, il est possible de constater que, malgré les importants progrès de la médecine concernant l’infection par le VIH/sida, un nombre considérable d’individus est actuellement porteur du virus. De plus, l’incidence

annuelle de l'infection est encore aujourd'hui très importante dans le monde et en Afrique. Dans cette logique, on remarque par ailleurs que, certaines populations sont plus à risque d'infection, alors que d'autres groupes voient leurs risques de contracter le virus diminué avec les modifications du portrait de l'infection. L'infection touche également de façon significative les jeunes (15-24 ans) qui, en raison de l'accessibilité à des traitements, voient leur espérance de vie prolonger de façon considérable.

Bien que le nombre de personnes vivant avec le VIH ait diminué, il n'en demeure pas moins que ces personnes continuent à faire face à des problèmes qui nécessitent qu'on s'y intéresse.

Malgré l'arrivée des trithérapies qui ont considérablement réduit la mortalité des sujets infectés par le VIH et améliorer leur statut clinique et biologique, en permettant pour la plupart de retrouver une apparence physique dénué des stigmates visibles de la maladie et de mener une vie normale, ils restent plus ou moins sévèrement affectés par des problèmes psychologiques liés à la blessure d'être séropositif, au poids d'un lourd passé médical et d'une histoire familiale souvent complexe (Rogers, 1998 ; Brown, 2000 ; Pao, 2000 ; Howland, 2000 ; Frederick, 2000 ; Funck-Brentano, 2002 & Blanche, 2002) qui pourront avoir des répercussions sur leur identité.

L'identité est « *un sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle et d'une continuité temporelle* » (Erikson, 1972 cité par Edmond, 2005, p.13). Ce sentiment est le résultat d'un double processus qui s'opère en même temps au cœur de l'individu ainsi qu'au cœur de la culture de sa communauté (Edmond, 2005, p.19).

Erikson (1972) cité par Edmond (2005) le résume de la manière suivante :

En termes de psychologie, la formation de l'identité met en jeu un processus de réflexion et d'observations simultanées, processus actif à tous les niveaux de fonctionnement mental, par lequel l'individu se juge lui-même à la lumière de ce qu'il découvre être la façon dont les autres le jugent par comparaison avec eux-mêmes et par l'intermédiaire d'une typologie, à leurs yeux significative; en même temps, il juge leur façon de le juger, lui, à la lumière de sa façon personnelle de se percevoir lui-même, par comparaison avec eux et avec les types qui, à ses yeux, sont revêtus de prestige. Heureusement et nécessairement, ce processus est en majeure partie inconscient, à l'exception des cas ou des conditions internes et des circonstances externes se combinent pour renforcer une conscience d'identité douloureuse ou exaltée (p.20).

En effet, l'identité est un processus qui organise le rapport du sujet à son altérité ainsi que la relation singulière et intime qu'il parvient à nouer avec lui-même, elle s'inscrit en ce sens dans le champ de la réflexivité. Cette réflexivité permet d'explorer comment un sujet se voit et se sent, comment il se pense et se représente son propre fonctionnement psychique, comment il réfléchit et se réfléchit à lui-même ses propres expériences, et comment il se construit psychiquement à partir de ces différentes opérations. La réflexivité marque également l'idée d'un retour sur soi en même temps qu'un détour par l'autre, un mouvement qui ouvre le sujet à un rapport à soi autant qu'un rapport à l'autre, un autre soi-même aussi bien au dedans qu'au dehors de soi (Jung & Roussillon, 2013).

Par ailleurs, ce processus est toujours sujet à transformation et évolution, et se développe dans une intrication intime entre le psychologique et le social (Erikson, 1972 cité par Edmond, 2005). De même, elle résulte également d'un ensemble de processus intriqués (processus d'individuation, d'identification, de valorisation narcissique, de conservation et de réalisation) qui sont qualifiés de dynamiques parce qu'ils sont évolutifs et qu'ils n'ont pas la même forme et la même intensité suivant les âges de la vie. Ensuite s'ils tendent vers une certaine stabilisation de la conscience de soi, cette stabilité est relative et n'a rien de statique (Erikson, 1972 cité par Edmond, 2005). C'est dans cette logique que Benadiba (2001) cité par Nguimfack, Caron-Affronti & Beaune (2009) disait à propos de l'identité que pour le sujet, en tant que reflet de son organisation structurelle, elle est ce qui vient maintenir le sentiment de sa permanence tout au long de son histoire, même si, à travers le temps, il peut apparaître comme changé.

Ainsi, ces processus supposent la poursuite d'une homéostasie, d'un équilibre instable, au sein d'un jeu de polarités et de tensions entre forces souvent contradictoires (Edmond, 2005).

En fait, l'identité est constamment affectée par les situations de l'existence, les rôles et les places assumés, les relations avec autrui, les événements extérieurs (rencontre, deuil, divorce, perte d'emploi, maladie grave) qui peuvent avoir des répercussions considérables sur l'image de soi et le sentiment d'identité. C'est dire que l'évolution qui est la sienne ne suit pas un déroulement linéaire mais se trouve marquée par des seuils, des ruptures, des mutations, des mouvements régressifs (Edmond, 2005).

Ainsi, à chaque fois qu'un sujet se trouve confronté à une menace qui pèse sur son identité, débordé dans sa capacité à se réfléchir lui-même en double face à son expérience, la

relation de soi à soi se désorganise, l'identité se mêle à l'altérité, le sujet vit alors un état paradoxal de dépersonnalisation, de confusion ou d'aliénation qui ne lui permet plus de maintenir un sentiment continu d'exister (Winnicott, 1969 cité par Jung & Roussillon, 2013). La souffrance identitaire se traduit concrètement par une blessure de l'être qui entrave la réflexivité interne : le sujet ne parvient plus à se relier à son miroir interne, à se sentir ou s'éprouver lui-même vivant (Jung & Roussillon, 2013).

In fine, l'identité est recherche de l'unicité de soi en réaction à la multiplicité des rôles et des places et à la diversité des perceptions de soi. Elle instaure une continuité de la conscience de soi, mais cette continuité est gagnée sur les changements constants qui l'affectent face au temps qui passe, aux situations traversées, au regard des autres. Elle tend à l'individuation, mais à travers les modèles proposés par l'entourage, par la culture et les normes sociales. Elle est tension aussi entre le passé, le présent et l'avenir (Edmond, 2005).

Toutefois, bien que l'identité soit un système dynamique, elle est à la fois processus et structure, qui bien qu'en construction permanente demeure une organisation stable (Léanza & Lavalée, 1999 cité par Nguimfack, Caron-Affronti & Beaune, 2009).

Ainsi donc, lorsqu'une maladie somatique grave comme le VIH/sida survient dans la vie d'un individu, elle constitue un « *coup de tonnerre dans un ciel serein* » (Automne, 2006, p.21). En faisant irruption à l'adolescence, qui représente une étape entre l'enfance et l'âge adulte, une période de développement marquée par une crise dite d'adolescence, de profondes perturbations et de conflits (Cloutier, 1996 ; Hall, 1904), elle peut bouleverser l'identité de l'individu qui est en cours de construction. Selon Pierret (2001, p.8), la survenue d'une maladie chronique comme l'infection au VIH/sida est une expérience qui remet profondément en question le sentiment d'identité du sujet. Elle affecte le sujet, non pas seulement dans sa corporéité, son psychisme, elle modifie également la manière dont il s'appréhende, se représente lui-même, et se définit (Marin, 2014).

Ces répercussions négatives sur le sentiment d'identité peuvent se lire comme une « catastrophe intime » dans la mesure où le milieu intérieur est bouleversé, le sujet ne sait plus vraiment qui il est, ne se reconnaît plus, il est comme égaré dans sa propre vie (Marin, 2014).

Thiery (2015), explique que l'annonce de séropositivité est vécue le plus souvent comme une sidération ; l'adolescent pouvant mettre en place des mécanismes de défenses tels que le refoulement, le déni, pouvant suspendre toute projection dans l'avenir. Pour l'auteur

c'est un choc, il y a un avant et un après ; l'élan vital est coupé. Les réactions sont multiples et varient d'un jeune à l'autre. Certains ont des cauchemars, des difficultés d'endormissement, des sursauts dans la nuit, ils suffoquent, ont des passages anorexiques, des pulsions boulimiques, prennent du cannabis, de l'alcool, font du sport à outrance pour cacher la maladie, ont des hallucinations. Beaucoup éprouvent un sentiment de solitude, d'impuissance, d'injustice, de colère, se vivent en prison avec des chaînes (Thiery, 2015).

De même, ce savoir sur l'infection à VIH prend une dimension particulière au moment de l'adolescence qui est une étape déterminante pour chaque individu dans la mesure où elle favorise la centration sur soi, l'entrée dans l'âge adulte, oblige à une nécessaire prise en compte de l'autre, de la réalité et de la nécessité de reconsidérer ses instances idéales au regard de celles de l'enfance (Bossard, 2009). De même, cette période d'adolescence est également une période de fragilisation provoquée par de grands remaniements et conflits psychiques de cet âge car l'adolescent a généralement acquis un niveau de maturité qui lui fait porter un regard différent sur son infection, plus proche des préoccupations des adultes. Ainsi, de nouvelles prises de consciences et une connaissance plus étendue des conséquences de la maladie peuvent générer des réactions d'angoisse et de dépression, perturbant plus ou moins sévèrement les relations de l'adolescent avec son entourage social et familial (Brown, 2000 ; Pao, 2000 ; Blanche, 2000 ; Funck-Brentano, 2002 & American Academy of Pediatrics, Committee on pediatric Aids, 1999).

Par ailleurs, l'infection à VIH a tendance à exclure ou isoler les personnes infectées et ce phénomène est particulièrement redouté des adolescents qui ont un besoin majeur d'avoir des amis, un confident, de se comparer les uns aux autres et de vérifier qu'ils partagent des points communs entre eux. En effet, les adolescents infectés par le VIH ont facilement tendance à se sentir différents de leurs camarades. Ils voudraient parler de leur séropositivité mais hésitent à le faire de peur de subir des réactions de rejet ou d'enfreindre les recommandations des parents qui imposent parfois de garder le secret le plus strict (Funck-Brentano & al., 2004). De ce fait, les secrets produisent des sentiments comme la honte qui peut menacer la construction identitaire du jeune et compromettre ses possibilités d'intégration sociale (Brown, 2000 ; Blanche, 2000 ; Hefez, 1996 ; Gossart-Walker, 1998).

Certains travaux recensés (Battles & Wiener, 2002 ; Trocmé & al., 2002 ; Gerson & al., 2001 ; Garceau-Brodeur, Fernet & Levy, 2005) confirment que l'annonce de l'infection à VIH/sida induit un bouleversement identitaire chez l'adolescent. De même, d'autres études

réalisées auprès d'adolescents souffrant de maladies chroniques, ont montré qu'en plus d'encourir des risques au plan du développement identitaires (Hosek, Harper, Lavome & Robinson, 2002 ; Rainey, 1982 ; Wallander & Thompson, 1995), ils seraient également plus sujets à vivre avec le sentiment d'une identité problématique, imparfaite (Chigier, 1992 ; Gavaghan & Roach, 1987 ; Sayer, Hausser, Jacobson, Willet & Cole, 1995) et seraient moins tentés d'explorer leur environnement et d'expérimenter de nouveaux modes relationnels (Sayer, Hausser & al., 1995).

Fielden, Chapman et Cadell (2011), ont montré que les adolescents vivant avec le VIH (AVVIH) depuis la naissance expérimentent de l'isolement, de la peur et de la honte lorsqu'ils apprennent leur diagnostic. Ils s'isolent de leur famille et amis ; certains évitent les rencontres amoureuses et sexuelles. Certains vont réagir par un étonnement, des pleurs et de la panique.

De plus, le poids d'un lourd passé médical et d'une histoire familiale souvent complexe, fragilise d'autant plus ces patients car ils ont de grandes difficultés dans le registre de l'estime de soi, liées à la blessure d'être séropositif. En effet, les patients atteints de maladie moins visible, marquant peu le corps, ont un sentiment de dévalorisation plus important, la comparaison à la norme semble plus pertinente et le sentiment de différence peut être marqué (Rouget, 2014). Ceci s'expliquerait par le fait que, la comparaison aux pairs « normaux » étant plus facile, la différence est moins bien supportée.

Ces adolescents ont également des questionnements narcissiques plus forts que leurs pairs en bonne santé. Kestemberg (1962), note que les adolescents sont à la recherche d'un idéal du Moi, d'une image satisfaisante d'eux même, image susceptible de leur apporter un soutien narcissique. La maladie vient donc anéantir cet idéal du moi et compromettre l'avenir de l'adolescent. Se projeter donc dans l'avenir devient difficile car compromis, et d'autant plus lorsqu'ils ont été confrontés à la perte d'un proche, ils ont une crainte pour leur avenir incertain. Grandir donc avec une maladie chronique pourrait, dans certains cas, amener le jeune à décaler dans le temps ces processus et l'entrée réelle dans l'âge adulte. L'adolescent malade n'est donc pas seulement un patient malade, il est aussi un adolescent devenant adulte. Il essaie de faire l'apprentissage de l'autonomie, voire de l'indépendance, mais dans un contexte incertain. Cela le conduit, selon les différentes modalités de passage qui lui sont proposées, à varier en stratégies d'autonomisation dans ses choix. Ainsi, l'expérience de la

maladie transforme la perception que le sujet a de lui-même et remet en question son identité (Mezza, Lhuilier & Loarer, 2016).

Par ailleurs, la maladie chronique opère des changements majeurs dans la vie quotidienne de la personne malade, notamment quant à ses rôles sociaux et relationnels (parentaux, occupationnels, amicaux et intimes).

Bury (1982) cité par Proulx-Boucher et al. (2015) évoque trois aspects de la rupture biographique qui ont été ainsi identifiés. D'abord, une rupture au plan du sens commun, de ce qui est tenu pour acquis dans la vie de tous les jours (la maladie impose des modifications importantes dans l'organisation quotidienne de l'individu auxquelles il doit s'adapter. C'est le cas par exemple de la fatigue, des traitements et du monitoring). Puis, une rupture plus profonde quant à l'identité c'est-à-dire une rupture du système d'explication de soi (ce qui nécessitera de la personne qu'elle entreprenne un retour sur sa biographie et sur la définition qu'elle a d'elle-même). Enfin le concept de soi s'ensuit (il y a mobilisation de ressources pour faire face).

Ainsi, l'annonce du diagnostic du VIH/sida aux jeunes infectés (Champion & al., 1999 ; Murphy & al., 2002 ; Wiener & al., 2007) pourrait être donc vécu comme rupture identitaire.

Si l'identité est souvent bouleversée par les changements drastiques qu'induit la maladie, cette dernière peut représenter une expérience de dépassement. Ainsi, Vidal-Naquet (2009) montre que : « *Les patients loin de rester passifs pendant le cours de leur maladie, prennent une part importante dans la lutte contre la maladie et participent à la réorganisation de leur vie sociale* » (p.21). Canguilhem (2007) dans la même logique affirme que la maladie est à la fois privation et remaniement. Selon l'auteur, « *la maladie est une expérience d'innovation positive du vivant (...) elle est une nouvelle dimension de la vie, car elle est rupture, mais aussi ouverture à de nouveaux modes de vie* » (p.122). En conséquence, la maladie n'est pas pensée comme une expérience vécue engendrant bouleversement et désordres, mais comme une expérimentation grossissant les lois du normal (Leblanc, 2010, p.33).

En effet, la maladie amène les personnes à se centrer sur elles-mêmes (Vidal-Naquet, 2009, p.209). La maladie engendre donc un centrage sur soi qui conduit l'individu à transformer ses rapports à l'environnement et à trouver du sens à ce qu'il éprouve. Toujours dans le même ordre d'idée, Birmelé et al. (2008, p.104), en se référant à Canguilhem (2007),

rappellent que la maladie n'est pas une inadaptation mais une limitation de l'adaptation de l'organisme aux variations possibles d'un environnement donné. Sartre (1946) cité par Mezza, Lhuilier et Loarer (2016), dira dans le même sillage dans l'approche de la maladie que :

D'un côté, je suis déchargé de toute responsabilité touchant ces possibilités que le cours du monde vient de m'ôter, mais de l'autre la situation nouvelle quoique venue du dehors doit être vécue c'est-à-dire assumée dans un dépassement [...] surgissent avec mon état nouveau des possibilités nouvelles : possibilités à l'égard de la maladie [...] un malade ne possède ni plus ni moins de possibilités qu'un bien portant, il a un éventail de possibilités comme l'autre et il a à décider sur sa situation de malade pour la dépasser [...] autrement dit, la maladie est une condition à l'intérieur de laquelle, l'homme est de nouveau libre sans excuses (p.20).

Il ressort avec les travaux de Bury (1982) cité par Proulx-Boucher et al. (2015) que la rupture identitaire entraîne la mobilisation de ressources matérielles, économiques ou émotives afin de faire face à la maladie chronique. Cette situation de maladie chronique exige de l'individu qu'il reconnaisse une limitation de son autonomie et sa dépendance plus grande face à son entourage. Ellefsen (2013) quant à lui, aborde le modèle de santé dans la maladie pour montrer les stratégies d'accommodation que mettent en place les sujets malades pour vivre leur pathologie. De même, Costatat-Fourneau (2008), met plutôt en exergue les effets capacitaires de l'action liée à la dynamique identitaire. Ainsi, face aux situations de crise, le sujet est obligé de changer pour rééquilibrer son système capacitaire car le fait de se sentir capable peut avoir une influence importante sur la représentation que le sujet a de lui-même (Mezza, Lhuilier & Loarer, 2016).

Suite à l'épidémie du VIH, quelques études (Carricaburu & Pierret, 1995 ; Fernet & al., 2005 ; Da Silva, 1999 ; Lévy & al., 2002) ont été menées chez des adolescents infectés à la naissance afin de mieux comprendre comment s'opérait cette rupture biographique après le diagnostic, et ainsi mieux la décrire. C'est ainsi que, dans le cas de la transmission verticale du VIH, l'un des principaux enjeux concerne l'annonce du diagnostic aux jeunes infectés (Champion & al., 1999 ; Murphy & al., 2002 ; Wiener & al., 2007), qui pourrait être vécu comme un point de bifurcation biographique. Ces études ont montré que lorsque les adolescents sont questionnés sur les émotions ressenties, les jeunes disent avoir vécu un choc, de la tristesse, de la colère, de la peur, de l'inquiétude ou un sentiment de confusion (Blasini & al., 2004 ; Mellins & al., 2002). La plupart des jeunes rapportaient que leur vie s'était détériorée depuis cette annonce (Wiener & al., 1996). Elle aurait aussi engendré chez les

jeunes une détresse psychologique comme la dépression et l'anxiété (Bachanas & al., 2001 ; Lester & al., 2002 ; Mellins & al., 2002 ; New & al., 2003 ; Riekert & al., 1999 ; Wiener & al., 1996).

Cependant, certains adolescents ne manifestaient aucune réaction négative face à l'annonce du diagnostic comme le soulignaient certains auteurs (Garceau- Brodeur, Fernet & Lévy, 2005 ; Bachanas & al.,2001 ; Mellins & al., 2002 ; New & al., 2003 ; Riekert & al., 1999 ; Wiener & al., 1996). En effet, les réactions des jeunes au moment de l'annonce du diagnostic de l'infection au VIH/sida ou de sa découverte présentent des variations importantes (Blasini & al.,2004 ; Lester & al., 2002 ; Mellins & al., 2002). Certains ont l'impression d'avoir toujours connu leur diagnostic et n'ont pas gardé de souvenirs précis de cet événement (Lester & al., 2002). D'autres ne présentent pas de difficultés d'adhésion au traitement et parviennent à faire face à la maladie qui est sans répercussions sur leur vie et sur leur humeur (Toma & al., 2013).

Par ailleurs, certains auteurs (Trocmé, Dollfus & Leverger, 2000) cité par Garceau-Brodeur, Fernet et Levy (2005) indiquent que, certains adolescents vivant avec le VIH depuis l'enfance, adoptent et maintiennent des stratégies de prévention adéquate alors que d'autres pas.

Ainsi, d'après Phaneuf (2013), la personne qui se dévalorise facilement et manque de confiance en elle-même peut, par formation réactionnelle, manifester une superbe assurance et même se vanter de certaines qualités. En outre, la personne infectée au VIH, comme bien d'autres grands malades, pour ne pas alarmer les siens évite de s'arrêter à sa souffrance, repousse la prise de conscience de ses désirs non assouvis, de ses espoirs incertains, de ses émotions débordantes qu'elle juge inacceptables. C'est ainsi qu'en posant des gestes et en adoptant des attitudes contraires à ce qu'ils vivent intérieurement dans l'immédiat, que ces personnes souffrantes de maladies chroniques peuvent continuer à se montrer fort, ils se forgent une carapace de protection contre eux.

Aux vues de ce qui précède, comment certains adolescents suite à la découverte ou à l'annonce d'une maladie chronique comme le VIH/sida, arrivent-ils à surmonter cette situation en maintenant ainsi leur identité stable et d'autres pas ?

Pour cela, plusieurs études (Garceau-Brodeur, Fernet & Lévy, 2005 ; Brown, 2000; Blanche, 2000; Hefez, 1996; Gossart-Walker, 1998) se sont penchées sur la problématique de

l'identité sans pour autant s'intéresser de plus près au réaménagement identitaire en lien avec les capacités créatrices dont dispose l'adolescent infecté au VIH/sida.

Ce qui nous amène à nous intéresser au réaménagement identitaire face à l'annonce du diagnostic ou à la découverte de l'infection à VIH/sida chez l'adolescent. Par ailleurs, ce réaménagement identitaire qui serait sous-tendu par ses capacités créatrices.

D'où l'intitulé de l'étude : « capacités créatrices et réaménagement identitaire chez l'adolescent infecté par le VIH/sida ».

1.2.POSITION ET FORMULATION DU PROBLEME

L'adolescence constitue pour certains chercheurs, une période de « *transition* » (Galland, 1996, p.41), de « *mutation* » (Dolto, 1988, p.15) de « *changement* » (Taborda-Simões, 2005, p.528). Entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence est un passage (Marcelli & Braconnier, 2008). Ainsi que le souligne Kestemberg (1962) cité par Marcelli et Braconnier, (2008), on dit souvent à tort que l'adolescent est à la fois un enfant et un adulte ; en réalité il n'est plus un enfant, et n'est pas encore un adulte. Par le double mouvement qu'elle implique, reniement de son enfance d'un côté, recherche d'un statut stable adulte de l'autre, constitue l'essence même de « *la crise* », du « *processus psychique* » que tout adolescent traverse (Naour, 2008).

Comprendre cette période transitoire, décrire les lignes de force autour desquelles ce bouleversement psychique et corporel s'ordonnera peu à peu, constituerait une entreprise ardue et périlleuse. Elle serait une période au cours de laquelle, l'individu sort progressivement de l'enfance pour passer au monde adulte. Cette période implique à l'adolescent de nouveaux rôles et tâches développementaux ainsi que de nouvelles relations.

De ce fait, les relations de l'adolescent sont modifiées par la réactivation pulsionnelle liée à la puberté et à la sexualisation des rapports aux autres qui en est la conséquence. Cette sexualisation n'épargne pas les liens familiaux, ce qui oblige l'adolescent à prendre de la distance avec ses objets infantiles (Naour, 2008)) car la quête de l'autonomie, le détachement des parents ou la destitution des images parentales en tant qu'objet d'amour constituent le chemin à parcourir par le sujet pour découvrir son identité (Lauru, 2003, p.121). Dans l'expression de Lachai (2002, p.26), « *l'identité du sujet est inséparable des liens avec les parents, la famille, aux autres de l'école et avec la société* ».

Toutefois, ce passage ne va pas se faire sans remettre en question les « *valeurs apprises* » (Lafortune & Kanouté, 2007, p.38; Assogba, 2004, p.12) dès les premières années de vie. Il ne va pas se faire non plus sans se poser inconsciemment la question, « *qui suis-je ?* » (Lafortune & Kanouté, 2007, p.38). L'adolescence apparaît donc comme un temps de déstabilisation nécessaire qui met en lumière ce qui s'est intégré dans le passé et qui témoigne du bouleversement interne lié à l'irruption de la sexualité génitale. Ce bouleversement interne lié à la puberté vient mettre en clair la fragilité des assises narcissiques de la première enfance dans la mesure où, le rejet des parents et le sur-éveil corporel, fragilise le sentiment d'identité (l'adolescent va jusqu'à rejeter les bases identificatoires de son enfance c'est-à-dire ses *imago*s parentales) et l'adolescent est alors à la recherche d'une image de lui-même susceptible de lui apporter un soutien narcissique (Naour, 2008).

L'adolescence est aussi considérée comme une période de fragilité psychique particulière. Comme tout adolescent, ceux infectés par le VIH sont soumis à des conflits intrapsychiques inhérents à cet âge. Les conflits à l'adolescence sont le plus souvent liés au processus même de maturation de l'adolescence : transformation corporelle, maturation sexuelle à l'origine d'une explosion libidinale fragilisant le Moi et d'un renforcement des exigences pulsionnelles. Cette période de la vie est également caractérisée à la fois par un rejet des parents dont la présence réactive les conflits œdipiens et par une nécessité d'identification à l'adulte. D'autre part, l'adolescence peut être vue comme une période de deuil, comme une expérience de séparation avec les personnes auxquelles le sujet s'était identifié jusque-là. Ces changements sont à l'origine d'une tension interne voire d'une angoisse contre laquelle l'adolescent tentera de se défendre (Lauru, Ampélas & Tregaro, 2019).

Par ailleurs, celui qui la traverse doit également intégrer les changements rapides et inédits de son corps tout en gardant un sentiment de continuité et en répondant aux attentes sociales propres à son âge et à son sexe.

Ainsi, lorsque le corps de l'adolescent est aussi un corps porteur de maladie chronique, il doit mener conjointement « *travail de l'adolescence* » et « *travail de la maladie* » afin de faire cohabiter corps sexué et corps malade au sein d'une représentation unifiée (Johnston, Drieu & Flambard, 2014). Autrement dit, l'adolescent doit à la fois s'approprier la sexualité de son corps et s'accommoder de l'état de maladie.

Le travail de la maladie traduit l'idée que la maladie organique peut aussi permettre de forts remaniements psychiques. Pédinielli (1990) cité par Automne (2006) définit le « *travail de la maladie* » comme « *l'ensemble des procédures économiques et signifiantes spécifiques qui assurent la transformation de l'atteinte organique en atteinte narcissique et de la douleur organique en douleur psychique* » (p.8). Il s'agit d'un « processus autonome, d'une opération complexe visant une restauration et possédant un caractère nécessité ». L'auteur fait un constat clinique selon laquelle « *la maladie n'est pas seulement une réalité organique, mais une expérience, un évènement interne susceptible de représentation et générateur d'un jeu d'investissement* ». Si le sujet subit d'abord la maladie qui vient faire effraction, celui-ci peut ensuite devenir acteur de son histoire (Pédinielli, 1990 cité par Automne, 2006).

Ainsi donc, l'annonce d'une maladie chronique à cette période cruciale de développement (Delaroche, 2000), vient bouleverser les repères identitaires préexistants (imagos parentales) de l'adolescent et l'impose à repenser sur sa vie. Ce changement devient parfois difficile pour le jeune de conduire simultanément travail d'adolescence et travail sur sa maladie. Ce double travail pourrait conduire le jeune adolescent à une confusion des zones d'influence de chacun de ces deux registres sur sa vie. Cette confusion a parfois pour effet d'aller jusqu'à geler toute tentative de travail psychique, et devient alors source de souffrance (Tourbez & al., 2005).

Concernant l'infection du VIH/sida, l'annonce du diagnostic ou la découverte de l'infection est aussi une période de crise intense pour l'adolescent. Elle suscite en lui d'énormes conflits intrapsychiques, des blessures narcissiques, des sentiments de détresse psychologique et de dépressions qui se manifestent par un vécu jugé traumatique (Maillard & al., 2018).

Ce vécu lié à l'infection du VIH/sida, entraîne des réactions négatives (pleur, colère, tristesse, panique) retentissant sur la construction de l'identité. Dago-Akribi et Cacou (2004) soulignent que les adolescents infectés par le VIH se trouvent dans des difficultés particulières que le VIH vient exacerber. Allant encore plus loin, selon l'expression de Gauchet (2005), quel que soit la réaction manifestée, l'annonce ou la découverte de la séropositivité représente un choc, un bouleversement ; il y'a un avant et un après, où le sujet ne sera plus jamais comme avant. Pour cet auteur, cette annonce a valeur de traumatisme. Ce moment traumatique aura des répercussions inévitables sur l'identité. Ce point de vue étant partagé par Ntsama (2003) cité par Vakak (2010), soutient l'idée que, le VIH/sida a valeur de

traumatisme chez le sujet car il soumet l'appareil psychique notamment le Moi à un afflux d'excitation d'origine interne et externe que le sujet est incapable de maîtriser. Il se met donc en place chez le sujet des mécanismes du Moi tels que le déni, la régression, l'évitement, l'hyperactivité. Ces mécanismes du Moi ont pour but d'éliminer ou d'apaiser dans la mesure du possible l'angoisse que suscite le VIH/sida, car comme nous l'apprend Burnnet-Lourdin cité par Vakak (2010), l'angoisse ressentie par le sujet infecté par le VIH/sida est d'abord une angoisse de perte d'objet, une angoisse signal à un danger réel parce que l'atteinte somatique a un caractère létal et est effraction de l'enveloppe physique et psychique.

D'après Tome-Renault cité par Vakak (2010), l'annonce du diagnostic de l'infection du VIH ayant valeur de traumatisme va modifier le soi du sujet. Ferenczi (1932) cité par Automne (2006), dans son article intitulé « *qu'est-ce que le traumatisme* » décrit cet état comme :

Un choc inattendu, non préparé et écrasant, agit pour ainsi dire comme un anesthésique [...] par l'arrêt de toute espèce d'activité psychique joint à l'instauration d'un état de passivité dépourvu de toute résistance. La paralysie totale de la mobilité inclut l'arrêt de pensée. La conséquence de cette déconnexion de la perception est que la personnalité reste sans aucune protection. Contre une impression qui n'est pas perçue, il n'est pas possible de se défendre (p.43).

Les états de détresse engendrés se traduisent alors par une expérience psychique destructrice, un « *vécu d'agonie primitive* » (Ferenczi, 1932), « *une crainte d'effondrement* » (Winnicott), voire une « *catastrophe interne* » (Bion,). Toutefois, comme le mentionne Ferenczi (1932), pour que la modification du soi du sujet ait lieu, il faut d'abord que le soi précédent soit détruit partiellement ou totalement. Le trauma qui fait donc effraction vient briser les repères identitaires en fragmentant le Moi du sujet.

Par ailleurs, la survenue de la maladie chronique est aussi une menace existentielle, s'accompagnant de la perte du sentiment d'invulnérabilité, de la prise de conscience brutale d'une fin possible et par conséquent, de la peur de mourir. Freud (1979), cité par Pucheu (2004) souligne que,

La mort est la fin nécessaire de la vie. Cependant, nous avons l'habitude de nous comporter comme s'il en était autrement. Nous manifestons une nette tendance à mettre de côté la mort, à l'éliminer de notre vie.

Ainsi, l'angoisse, au moment de l'annonce du diagnostic ne vient-elle pas ici du fait de cette brusque effraction de nos défenses habituelles d'être humain : ce que nous cherchons constamment à mettre de côté nous revient en force (Freud, 1979 cité par Pucheu, 2004).

De même, la maladie chronique serait une menace pour l'intégrité physique et psychique du sujet, qui peut redouter le retentissement de la maladie sur son état général et son niveau global de fonctionnement.

À cet effet, les travaux de certains auteurs (Bury, 1982 ; Dodier, 1983 ; Baszanger, 1986 ; Santiago-Delfosse, 2009 ; Vidal-Naquet, 2009 cité par Mezza, 2016), ont montré que l'irruption d'une maladie chronique engendre une rupture dans la vie des individus. Santiago-Delfosse (2009), parle ainsi d'un « *bouleversement corporo-social et affectif* ». Cet auteur, ainsi que d'autres (Dodier, 1983 ; Carricaburu, 1992 ; Ellefsen, 2013) ont montré que la maladie est un désorganisateur de la vie sociale c'est-à-dire « *vivre avec un corps malade modifie profondément cette relation que l'être humain entretient avec le monde* » (Ellefsen, 2013, p.140). Par les difficultés à suivre une scolarité, une formation, par le risque de perte d'emploi qu'elle engendre, elle détériore la qualité de vie.

L'analyse de la littérature montre que la maladie chronique modifie les conceptions de soi-même et de l'identité personnelle ainsi que le rapport aux autres. En fait, dans la compréhension des parcours liés aux maladies chroniques, Bury (1982) cité par Proulx-Boucher & al. (2015), a conceptualisé leur diagnostic comme renvoyant à une rupture biographique dans l'identité personnelle et sociale de la personne malade. Le concept de rupture biographique dont évoque l'auteur développe l'idée selon laquelle une personne touchée par une maladie chronique passe par un processus de rupture.

Ainsi, lors de notre stage à l'hôpital Jamot de Yaoundé nous avons observé au travers des entretiens préliminaires, que certains adolescents éprouvaient un sentiment de solitude, de culpabilité et de persécution, de honte, d'injustice et une peur de mourir. Par ailleurs, nous avons noté une défaillance des assises narcissiques qui étaient perceptibles par une désorganisation dans la relation à soi, une dévalorisation et une diminution de l'estime soi ; Sur le plan environnemental, nous avons observé une certaine désorganisation dans les relations avec l'entourage et des conflits familiaux.

Or, Selon l'approche théorique centrée sur les capacités d'autorégulation, les individus possèdent des ressources (personnelles, matérielles et environnementales), des potentialités

qu'ils mobilisent et par lesquels ils activent plusieurs stratégies en résolution de problème divers ou en gestion de vie qui leur permettent de se transformer et d'évoluer lorsqu'ils sont perturbés.

En fait, le tournant opéré par l'irruption de la maladie introduit à une double expérience de l'altérité, par rapport au soi antérieur et par rapport aux autres non malades (Mezza, Lhuillier & Loarer, 2016). L'enjeu de ce double travail est d'investir positivement un corps défaillant sans pour autant se sentir psychiquement diminué ; donc de développer une estime et une image de soi qui ne soient pas abimés par la maladie (Rouget, 2014). Une fois donc le diagnostic posé, l'individu acquiert dès lors un « statut de malade » et ses identités personnelle et sociale sont de ce fait redéfinies.

Ceci étant, nous avons constaté avec le temps que certains adolescents avaient recommencé à développer un rapport positif avec eux-même ; cela était perceptible par la confiance en soi, le respect de soi, l'autodétermination, l'acceptation de la maladie et leur implication dans des activités quotidiennes. Certains affirmaient que l'infection du VIH/sida a plutôt constitué un élément clé dans l'adoption des comportements préventifs. Par ailleurs, certains investissent positivement sur le plan scolaire, adhèrent au traitement et participent même aux activités liées à la prévention du VIH/sida en sensibilisant les adolescents dans l'adoption des comportements sains.

Par ailleurs, Voegtli (2014) cité par Proulx-Boucher et al. (2015), affirme que la reconstruction biographique suite à un événement tel que la maladie chronique ne se produit pas toujours de façon violente et abrupte. Elle renverrait plutôt à une succession d'événements et de positions sociales pouvant être décrite de façon objective et à un travail de totalisation de ces événements pour en construire une histoire cohérente. Cette mise en cohérence transforme l'identité personnelle et sociale de l'individu au point où il prend conscience qu'il n'est plus le même et que certains événements l'ont transformé. Ce qui amène Scelles (2002) cité par (Leudjeu, 2017) à affirmer que « *la confrontation au trauma participe à la construction et à l'évolution psychique du sujet, la cicatrice qu'il gardera de cette expérience ne l'empêchant pas de vivre et de s'épanouir, voire, sera à l'origine d'une potentialité créatrice s'étayant sur une force ou une faiblesse réveillée, révélée ou encore héritée* » (p.106). Le trauma pouvant être vu dans notre contexte comme l'annonce ou la découverte de la séropositivité du VIH/sida par l'adolescent.

Toutefois, la créativité est reconnue comme un attribut essentiel de l'espèce humaine. C'est sa capacité à imaginer, inventer, construire, mettre en œuvre un concept inhabituel, un nouvel objet ou à découvrir une solution originale à un problème. Il s'agit d'un processus psychologique permettant de faire preuve d'originalité dans la capacité d'associer différemment des choses, des idées, des situations, afin de mettre à jour une nouvelle solution ou un nouveau processus, et ceci en fonction de notre histoire de vie, de nos apprentissages, de notre vécu (Lubart & al., 2015, p.7 cité par Leudjeu, 2017).

Par conséquent, les capacités créatrices sont des potentialités dont dispose un individu ou un système, pour mettre en place des remaniements psychiques aussi bien au niveau cognitif, affectif, émotionnel et comportemental, face à des perturbations endogènes ou exogènes à lui : elles permettent au sujet/système d'émerger.

Ainsi, « Comment vivre avec cette maladie à la vue de tous ? ». Telle est la question face à laquelle se trouve confronté l'adolescent. La réponse qu'il donnera à cette interrogation sera fonction de ses capacités créatrices et par conséquent aura de vives répercussions sur la construction de son identité.

Face à ses observations, il est fort de constater qu'il existe bien des adolescents infectés par le VIH/sida, qui face à l'annonce du diagnostic ou à la découverte de l'infection du VIH/sida, parviennent à s'adapter et à changer le cours de leur vie en maintenant leur identité stable. Ce qui évoque un vécu moins déstabilisant de l'infection du VIH/sida. Cette annonce selon Trocmé et al. (2002), est une confirmation qui s'inscrit dans un réaménagement identitaire et vient redoubler les remaniements en jeu pour l'adolescent.

L'infection du VIH/sida devient pour l'adolescent une expérience de dépassement comme l'a si bien dit Vidal-Naquet (2009) à propos des maladies chroniques. De même Le Blanc (2010) souligne que la maladie n'est pas pensée comme une expérience vécue engendrant bouleversement et désordres, mais comme une expérimentation grossissant les lois du normal.

Ce qui amène à se questionner sur l'idée avancée selon laquelle « l'infection du VIH/sida vient bouleverser l'identité de l'adolescent qui est en cours de construction » et à se demander si l'infection du VIH/sida ne peut-il pas au contraire susciter la mobilisation des ressources ? Et Comment l'adolescent utilise ces ressources pour réaménager son identité ?

Le présupposé d'une expérience positive de l'infection du VIH/sida chez les adolescents peut être trouvé dans les travaux de quelques auteurs (Garceau-Brodeur, Fernet & Levy, 2005). Canguilhem (2002) la relève dans le cas des maladies chroniques de manière générale en ces termes :

En effet, la maladie est non seulement exaltation des désirs, intensification du rapport à soi aux autres et au monde, accélération du temps d'exister mais aussi source de créativité sur fond de relance de la problématique de l'auto/hétéro-détermination, de la personnalité, du désir.

Ainsi, les adolescents infectés par le VIH doivent alors apprendre à vivre grâce à leurs potentialités. Mais, comment ?

Ces auteurs mentionnent certes ici une énergie créatrice, des potentialités ou capacités créatrices des adolescents, qui leurs permettraient de faire face à l'adversité qu'est l'infection du VIH/sida, mais n'en donnent pas un contenu précis. Par conséquent, *ce qui nous intéresse dans cette étude, ce sont ces capacités créatrices dans le processus de mobilisation des ressources, face à l'infection du VIH, et leurs retentissements sur la dynamique du réaménagement identitaire.* De ce fait, si nous prenons appui sur Nader-Grosbois (2009) à travers son modèle centré sur les capacités d'autorégulation, nous pouvons dire que l'autorégulation est envisagée comme « *un processus dynamique par lequel l'individu mobilise ses ressources personnelles, sociales et environnementales et par lequel il active plusieurs stratégies en résolution de problème divers ou en gestion de vie* ». Ce qui constitue une véritable voie de réaménagement positif de l'identité chez l'adolescent infecté par le VIH/sida.

L'individu étant perçu comme un système complexe, l'autorégulation est la capacité d'un système complexe à se réguler lui-même, c'est-à-dire à produire et garder un équilibre qui lui permette de se maintenir et de fonctionner (Barrier, 2008). Elle est également vue comme un processus qui permet à un système complexe de subsister et de développer ses potentialités, a une dimension biologique et aussi psychosociale. L'adoption d'un comportement autorégulé nécessite donc la mobilisation de ressources personnelles, environnementales et matérielles (Letalle, Longobardi & Courbois, 2014). L'autorégulation peut donc avoir un sens biologique, si l'on considère qu'un organisme est un système complexe ; on comprend bien alors qu'il s'autorégule naturellement c'est-à-dire met en œuvre des mécanismes physiologiques, psychologiques et sociales qui assurent cet équilibre nécessaire à son maintien en vie.

Cette autorégulation est au fond ce que Canguilhem (1966) appelle la normativité du vivant ou normativité biologique. Elle est, à travers la normativité naturelle, ce qui permet la santé de l'individu (Barrier, 2010). Cette normativité biologique est la capacité du vivant à créer les conditions de son maintien et de son développement pris pour norme. Ce processus créateur n'est pas le simple ajustement d'éléments existants. C'est une sorte d'élan de dynamique vitale créatrice que Canguilhem (1966) qualifie de « *polarité dynamique du vivant* » car elle est orientée vers des valeurs positives ; celles susceptibles d'assurer son maintien et son développement. La maladie étant cette perte de créativité normative, partielle ou totale, son prolongement dans la conscience humaine permet de suppléer à cette carence (Barrier, 2010)

De même, Rogers (1980) dans l'approche centrée sur la personne, considère l'homme comme un organisme digne de confiance. Il parle

D'une hypothèse progressivement formée et vérifiée selon laquelle l'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes et son comportement vis-à-vis de lui-même. Mais il ne peut accéder à ces ressources dans un climat bien définissable fait d'attitudes psychologiques facilitatrices.

Dans chaque organisme, il existe à quelque niveau que ce soit, d'un flux de mouvement en direction d'un accomplissement constructif de ses potentialités (Rogers, 1977). L'adolescent infecté par le VIH/sida possède en lui ce flux de mouvement lui permettant de puiser au plus profond de lui toutes ses ressources pour pouvoir faire face à la maladie. De ce fait, il fera preuve de créativité, d'imagination et de construction pour mobiliser ses potentialités.

Il est question d'un processus de construction mis en place par le sujet. Selon Evola (2010) cité par Leudjeu (2017),

Le constructivisme est basé sur l'hypothèse que, en réfléchissant sur nos expériences, nous construisons notre propre vision du monde dans lequel nous vivons. Chacun de nous produit ses propres règles et modèles mentaux, que nous utilisons pour donner sens à nos expériences (p.8).

Aussi, Le Moigne (1994) affirme que « *l'épistémologie constructiviste est une épistémologie de l'invention ou de la poïèse, c'est-à-dire de l'autoproduction ou de la production originale par le faire* » (p.25). Elle ne vise pas à découvrir l'univers. Elle vise à construire, à inventer, à créer une connaissance, à donner une interprétation ou un sens à des

phénomènes. Il ne s'agit donc point de constituer ou de reconstituer une réalité extérieure à l'intérieur, mais bien de construire sa propre réalité à partir de son système de perception.

Si selon ces auteurs (Rogers, 1980, Nader-Grosbois, 2009) l'individu a en lui des vastes ressources pour faire face aux situations difficiles, qu'est ce qui justifierait cette différence observée au niveau de l'actualisation des capacités créatrices chez les adolescents confrontés à l'infection à VIH/sida ? Autrement dit, ne peut-on pas voire les variabilités interindividuelles, l'acceptation de la maladie et le soutien dont disposent ces individus comme des facteurs retentissants sur l'actualisation de leurs capacités créatrices ?

En effet, les capacités créatrices d'un individu se posent en lui sous l'impulsion de son histoire de vie et de l'histoire familiale. Ce faisant, le processus qui conduit à sa mobilisation pourrait faire défaut lorsqu'on est confronté à une situation de vie difficile.

C'est ainsi qu'au regard de ce qui précède, cette étude pose le problème du réaménagement identitaire chez l'adolescent infecté par le VIH/sida en lien avec ses capacités créatrices de celui-ci.

1.3.QUESTION DE RECHERCHE

Cette étude selon la logique qui lui est donnée, s'intéresse aux capacités créatrices à l'œuvre dans le réaménagement identitaire chez l'adolescent infecté par le VIH/sida. Se faisant, elle vise à répondre à la question suivante : *comment les capacités créatrices de l'adolescent infecté par le VIH/sida participent-elles à son réaménagement identitaire ?* Autrement dit comment les ressources ou potentialités dont dispose l'adolescent infecté par le VIH/sida contribuent-ils à la réorganisation de son identité dans le but de le maintenir stable ?

1.4.HYPOTHESE DE RECHERCHE

Partant de la théorie d'autorégulation de Nader-Grosbois (2009), qui met en évidence le fait que chaque système ou individu dispose d'un ensemble de mécanismes d'autorégulation qui s'activent dès lors que celui-ci est confronté à l'adversité, il devient évident de dire que l'autorégulation constitue le processus dynamique par lequel tout individu fasse à l'adversité mobilise un ensemble de ressources à travers lesquels s'activent en lui plusieurs stratégies nécessaires à la résolution de la situation problème. De plus, en prenant appui sur Rogers (1980) qui pense que l'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes et son comportement vis-à-vis

de lui-même dans un climat de soutien et de confiance, nous formulons l'hypothèse selon laquelle « *les capacités créatrices de l'adolescent infecté par le VIH/sida participent à son réaménagement identitaire à travers la mise en disponibilité de ses ressources personnelles, sociales, environnementales et matérielles* ».

1.5.OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'objectif dans cette étude est *d'appréhender malgré les éprouvés qu'a l'adolescent infecté par le VIH/sida les capacités créatrices qu'il met en place pour réaménager son identité.*

De manière détaillée, il sera question pour nous tout d'abord, de comprendre le sens que l'adolescent donne à l'infection du VIH/sida ; ensuite d'examiner et de décrire les capacités créatrices mis en place par l'adolescent infecté au VIH/sida malgré ses éprouvés ; et enfin, de saisir le retentissement de la mobilisation de ces ressources sur le réaménagement de son identité.

1.6.BUT DE L'ETUDE

Le but de cette recherche est de contribuer à l'étude des processus psychologiques à l'œuvre dans les réaménagements identitaires chez l'adolescent infecté par le VIH/sida. En ce sens qu'elle interroge les capacités créatrices comme une variable à travers laquelle il devient possible de saisir à suffisance lesdits réaménagements.

1.7.INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE

Donner l'intérêt de notre étude revient à montrer sa plus-value, son importance. De ce fait, notre étude revêt des apports sur le plan scientifique et social.

1.7.1. L'intérêt scientifique

Notre étude apporte de nouvelles connaissances dans le champ des maladies chroniques plus précisément de l'infection à VIH/sida et de son retentissement sur l'identité de l'adolescent, contribuant à pallier les lacunes ci-dessus relevées. Ainsi, elle est bénéfique à la communauté scientifique et plus particulièrement aux psychologues en ce sens qu'elle apporte des éléments de connaissance sur le sens que l'adolescent donne à l'infection du VIH/sida, sur l'expression de ses facteurs de créativité mis en place et permet ainsi de mettre en évidence le retentissement de ces capacités créatives sur son réaménagement identitaire.

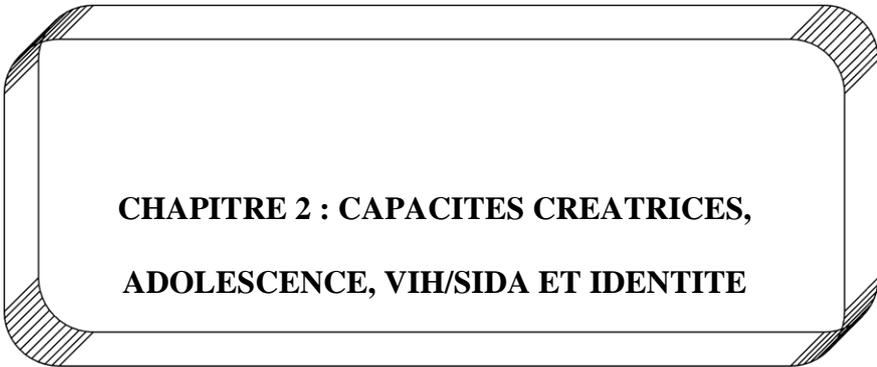
Sur le plan clinique, les résultats de cette recherche pourront permettre de prendre en compte l'unicité et la singularité de l'adolescent infecté au VIH/sida en lien avec ses ressentis, la capacité créatrice nécessaire à son réaménagement identitaire, afin d'améliorer la prise en soin des adolescents infectés par le VIH/sida. Comme le mentionne si bien ces auteurs (Mezza, Lhuilier & Loarer, 2016), face aux situations de crise, le sujet est obligé de changer pour rééquilibrer son système capacitaire car le fait de se sentir capable peut avoir une influence importante sur la représentation que le sujet a de lui-même.

De même, cette recherche permettra un changement de regard bénéfique pour le praticien. Ainsi, en situation thérapeutique, il serait bon pour le thérapeute de s'atteler à aider ces derniers à retrouver l'ensemble de leurs capacités auto-organisationnelles momentanément perdues et non pas de le considérer comme des adolescents pauvres en ressources.

1.7.2. L'intérêt social

Pour les adolescents, être reconnu par le système d'intervention comme compétent et capable, est bénéfique et constructeur. Savoir qu'ils disposent en eux des ressources suffisantes pour faire face à l'adversité que représente l'infection à VIH/sida, leurs permettraient d'avoir une meilleure estime d'eux-mêmes et de surpasser la maladie. Ainsi, déceler les capacités créatrices chez l'adolescent infecté par le VIH /sida, permettra de pouvoir les mettre en application et de ce fait, de mieux vivre, de devenir des modèles pour les autres adolescents dans des situations similaires, bref de se sentir mieux.

De même, les résultats de notre recherche permettront de ne plus considérer la personne infectée par le VIH/sida comme un être différent car l'infection à VIH/sida est une expérience de dépassement (Vidal-Naquet, 2009) mais aussi une expérimentation grossissant les lois du normal (Le Blanc, 2010). Le sujet perçu ainsi, pourra mettre à sa disposition des potentialités lui permettant de surpasser la maladie et par ricochet de réaménager son identité.



**CHAPITRE 2 : CAPACITES CREATRICES,
ADOLESCENCE, VIH/SIDA ET IDENTITE**

Il est question pour nous dans le présent chapitre, de faire un état des lieux sur les points abordés par notre sujet de recherche. Ainsi, nous ferons le point sur la revue de la littérature autour de l'adolescence, le VIH/Sida, l'identité et les capacités créatrices.

2.1. CONSIDERATIONS SUR L'ADOLESCENCE

2.1.1. Adolescence et puberté ou lorsque le corps se réveille

Etymologiquement, le terme adolescent vient du latin « *adolescens* », participe présent du verbe « *adolescere* » qui signifie croître, grandir. Pour Larousse (2020) l'adolescent est une personne qui est dans l'adolescence. L'adolescent est « *l'expérience du changement* » (Alvin & Marcelli, 2005, p.5) et une étape de transition de l'enfance à l'âge adulte (Balland, 2011). Pour mieux comprendre ce concept, nous allons nous intéresser à la période de l'adolescence.

Du point de vue psychologique, cette période fait le passage entre la dépendance infantine et l'autonomie adulte. On peut concevoir l'adolescence comme un stade intermédiaire durant lequel l'individu, qui n'est plus un enfant et pas encore un adulte n'a pas de responsabilité sociale en propre, mais où il peut explorer, s'exercer, expérimenter des rôles (Cloutier, 1996). Tsala Tsala (2002) pour sa part précise que « *l'adolescence est communément considérée comme une période difficile pendant laquelle l'individu se cherche une identité propre. Il doit se situer par rapport à l'enfance qu'il quitte et au statut d'adulte vers lequel il s'achemine* » (p.111). Cannard (2019) quant à lui définit l'adolescence comme la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte car la croissance y est visible. L'adolescence est aussi un phénomène physiologique, psychologique, culturel ou bien encore social (Discour, 2011). C'est le passage obligé entre l'enfance d'âge scolaire, période de latence avec socialisation communautaire, et l'âge adulte qui se définit en pratique comme le moment où l'individu est reconnu adulte par la société dans laquelle il vit. Quant à Cahn (1998), l'adolescence renvoie à ce temps où la conjonction du biologique, du psychique et du social parachève l'évolution du petit homme. C'est une période de l'épanouissement de l'enfant qui se transforme en adulte, afin qu'il devienne acteur responsable de son parcours personnel et civique.

L'adolescence est donc l'interaction de transformations physiques, d'un processus psychologique et d'un changement de statut psychosocial. C'est une véritable période de

transitions ou les équilibres émotionnels et affectifs sont bouleversés. L'adolescence ne se réduit donc pas à la puberté (Discour, 2011).

L'adolescence marque l'entrée par le phénomène physiologique qu'est la puberté (Jeammet, 2007, p.12 cité par Matouk, 2016). Ainsi, la puberté marque le début de l'adolescence et va apporter non seulement des modifications physiques (taille, poids, pilosité, mue de la voix, etc.) mais va également permettre l'accès à la maturité génitale (menstruations, etc.) et à la fonction de reproduction (Matouk, 2016). Delaroché (2000) conçoit l'adolescence comme « *la prise de conscience collective récente de l'existence d'une crise psychique déclenchée par l'apparition du pouvoir sexuel chez l'enfant et cherchant une issue hors du cadre familial* » (p.9). Par ailleurs, selon Discour (2011), parler d'adolescence c'est immédiatement évoquer l'impact des transformations pubertaires, la place du corps, l'éveil de la sexualité génitale et les bouleversements relationnels. L'apparition des premiers signes marque le début de l'adolescence

Étymologiquement, puberté vient du latin *pubes* qui veut dire « commencer à avoir des poils, de la barbe, du duvet, devenir adulte » (Cannard, 2019). Balland (2011) la définit comme la transformation d'un état physique d'enfant à un état physique d'adulte, une période qui s'étend sur plusieurs années et qui s'accompagne de changements physiologiques et psychologiques importants. Balland (2011) note qu'elle se termine lorsque la fonction de reproduction (cycles ovulaires chez la fille et spermatogénèse chez le garçon) est acquise

Pour Discour (2011), la puberté est perçue comme un processus physiologique posant d'emblée un ancrage corporel qui va imposer à l'adolescent un travail psychique d'appropriation d'un nouveau corps puis d'un nouveau statut social. Autrement dit, la puberté est un entre deux spécifique (introduisant des dimensions émotionnelle et cognitive) qui bouleverse les repères jusqu'alors constitués de l'enfance et qui met à jour une nouvelle identité que l'adolescent va devoir s'approprier.

De ce fait, la puberté bouleverse l'équilibre acquis au cours de l'enfance et entraîne inévitablement un remaniement de l'organisation psychique fort délicat. Annoncé, préparé ou non, nous dit Birraux (1994), « *l'évènement est traumatique* » (p.38) et ce, pour deux raisons principales (Birraux, 1994 cité par Maatouk, 2016). D'une part, la poussée pulsionnelle (Freud, 1989), réactualise la curiosité sexuelle de l'enfant, mise en veilleuse lors de la phase de latence (qui débute entre six ou sept ans). Comme nous le dit Birraux (1994), c'est

comme si l'adolescent devait faire avec un double corps : celui de l'enfance, familial et qui a reçu toutes expériences de plaisir et de déplaisir ; et le corps pubère qui est un corps nouveau, non familial, sexuel, et non représentable parce qu'il est le lien d'éprouvés inconnus. Du coup, les contenus psychiques et les représentations de l'enfant changent et sous l'impulsion d'un désir de séduction que vient raviver la réactualisation du stade œdipien (Birreaux, 1994 cité par Matouk, 2016). Ainsi, les angoisses face à la sexualité apparaissent, sexualité qui à un niveau inconscient et selon André (2009), reste une énigme et une épreuve (André, 2009 cité par Maatouk, 2016). L'issue favorable de l'adolescence dépendra de la capacité de l'adolescent à unifier ces corps sous le primat du plaisir génital et de la complémentarité des sexes et d'accepter ce nouveau corps et la logique de plaisir dont il est porteur.

Par ailleurs, du point de vue Freudien (1905), c'est l'infantile qui fait trace dans l'inconscient et que vient réactualiser la puberté. Dans cette même logique, Maurin (2010), note que cette hypothèse de la puberté comme temps de réactualisation de la sexualité infantile sous le primat du génital, est un temps de reprise qui vient apporter son lot de transformations et de transmutations qui sera alors lui aussi à mettre au rang de restes inconscients. Gutton (1993), aborde plutôt l'adolescence à travers le « *pubertaire* » qui serait au psychisme ce que la puberté est au corps. Il envisage le processus adolescent dans sa double dimension psychique et physique pour rendre compte de l'adolescence comme une étape cruciale de la construction de soi.

De plus, l'adolescent se questionne au sujet de son identité sexuelle. Habité dorénavant par un sentiment « *d'inquiétante étrangeté* » (Freud, 1919) face à ce corps qu'il ne reconnaît pas, le monde intérieur du jeune adolescent finit par devenir lui-même inquiétant. Ceci dit face à cette poussée pulsionnelle, il ne parvient pas à contrôler ce qui se produit en lui. S'inspirant de la *Métamorphose* de Kafka (1915), Birreaux (1994) va même jusqu'à parler d'un sentiment de « *dépersonnalisation* » (p.40). Dolto (1989), pour sa part, utilise la métaphore du « *Complexe du homard* » pour faire ressortir l'extrême fragilité qui caractérise l'adolescent. Selon elle, le jeune adolescent traverse une période de mutation au cours de laquelle il se retrouve sans carapace, obligé d'en fabriquer une autre, et en attendant, confronté à tous les dangers.

D'autre part nous dit Maurin (2010), la puberté a également des effets traumatiques parce que le jeune pubère doit taire le deuil de son enfance et renoncer aux anciennes voies de satisfaction de la toute-puissance infantile, principalement régit par le principe de plaisir. Il

fait ainsi le deuil de lui-même mais aussi de la relation qu'il avait à ses premiers objets d'amour, et en particulier de la relation plus ou moins fusionnelle qu'il entretenait avec sa mère ou avec la personne faisant fonction de mère pour lui. Il doit, pour arriver à cela, intérioriser les interdits d'inceste et de meurtre, qui sont aux fondements de la civilisation. Ainsi, confronté au deuil, il est aussi en proie à sa propre finitude et à celle de ceux qui l'entourent. S'il parvient à accomplir cette opération, c'est parce qu'il se dote d'une compétence nouvelle que Roussillon (2008) nomme « *réflexivité* » et qui n'est autre que la possibilité de se représenter l'acte de représenter, de faire *retour sur soi* en devenant capable de décentrement.

Ceci dit, l'adolescence est loin d'être un long fleuve tranquille. Bien que la plupart des adolescents réussissent à dépasser relativement bien cette étape de leur développement, certains n'y arrivent pas car ces modifications physiologiques engendrent souvent chez certains jeunes, une grande souffrance psychique qui est doublée d'un sentiment d'étrangeté susceptible d'amener l'adolescent à éprouver des angoisses souvent indicibles (Birraux, 1990-1991 cité par Maatouk, 2016). De même, Schmid-Kitsikis (2013) mentionne que certains comportements (tabagisme, violence, criminalité) traduisent des bouleversements psychiques allant de pairs avec les premières manifestations physiques de la puberté (pilosité, développement des formes corporelles, etc.). Pour Discour (2011), les contraintes de la puberté, leurs conséquences psychosociales sont telles qu'il y a une nécessité pour la psyché d'un travail d'intégration de ces données nouvelles qui induisent que l'adolescent ne peut plus désormais ni être, ni fonctionner, ni agir comme avant. Les équilibres affectifs et relationnelles qui s'expriment dans l'image et l'estime de soi ne sont plus les mêmes qu'avant la puberté.

D'ailleurs, selon Laufer & Laufer (1989) cité par Maatouk (2016), l'adolescence est une forme de rupture au cours de laquelle l'adolescent en vient parfois à rejeter son identité sexuelle lorsqu'il éprouve de la difficulté à accéder à son statut d'adulte. Il peut également en arriver, de manière inquiétante, à rompre temporairement avec la réalité. Ce risque semble d'autant plus grand que l'adolescent se trouve dans un environnement instable. En d'autres termes, « *cette situation ne peut être dépassée, [...] que si l'adolescent trouve dans son entourage, une compensation qui vienne restaurer ce qui ébranle sa vie affective, son narcissisme fondateur et l'élaboration de son identité psychique et sexuelle* » (Chamoun, 1993, p.2 cité par Maatouk, 2016).

Par ailleurs, sur le plan physiologique on note l'augmentation des hormones sexuelles et modification de l'apparence physique. La puberté correspond à l'activation de la fonction hypothalamo-hypophyso-gonadique, aboutissant au développement complet des caractères sexuels primaires et secondaires, à l'acquisition de la taille définitive, de la fonction de reproduction (Schwitzgebel, 2004)

Chez la fille, la puberté commence en moyenne vers 9-10 ans. Le premier signe pubertaire est le développement des seins. Les premiers poils apparaissent sur le pubis et la vulve se transforme progressivement. L'apparition des premières règles marque la fin de la puberté. Elles surviennent plus souvent deux ans après le début du développement des seins. La morphologie se modifie ensuite, on remarque le bassin qui s'élargit et le tissu adipeux qui se répartit au niveau des hanches et des cuisses (Foussier, 2018).

Chez le garçon, la puberté arrive un peu plus tard, vers 11 ans. Elle commence plus tard et se termine plus tard que chez la fille, pour durer en moyenne entre deux et trois ans. Cela prend un peu plus de temps chez les garçons. L'augmentation de la taille des testicules est le premier signe pubertaire. Arrive ensuite le développement des caractères sexuels secondaires : la pilosité pubienne et axillaire puis la croissance de la verge en même temps que la mue (changement de la voix). Les poils sur le visage, moustache et barbe, apparaissent en dernier (Foussier, 2018).

De manière générale, nous l'affirme Discour (2011), le corps est à l'interface du biologique et du psychique. Le corps constitue en fait le support essentiel pour l'adolescent qui doit faire face à un remaniement complexe qui s'articule autour de la question des transformations corporelles, de la perte des repères de l'enfance, de la découverte de la sexualité et de la prise de conscience de la complémentarité des sexes et d'un réaménagement des relations avec l'environnement.

Le processus d'adolescence serait pour ainsi dire, l'interaction de transformations physiques, d'un processus psychologique et d'un changement de statut psychosocial ; une véritable période de transition où les équilibres émotionnels et affectifs sont bouleversés.

2.1.2. La période de l'adolescence : durée et stades

2.1.2.1. Durée de l'adolescence

Si l'entrée de l'adolescence prend biologiquement ses racines dans la puberté (Jeammet, 2007), en revanche, sa limite supérieure signalant le passage à l'âge adulte, est toujours aussi imprécise. Les débuts et fin de l'adolescence sont variables. Pour certains auteurs (Ritvo, 1995 ; Perret-Captipovic & Ladame, 1997), l'adolescence a une fin car si l'âge auquel s'achève cette phase de découverte est variable selon chacun, à son terme, la satisfaction prédomine lorsque l'individu a le sentiment d'une découverte fructueuse aussi sur le plan affectif, amoureux que professionnel et social (Schmid-Kitsikis, 2013).

D'après le Grand dictionnaire de la psychologie (2007), le début de l'adolescence au démarrage de la maturation pubertaire se situe entre 11-12 et 18 ans. Inhelder et Piaget situent le début de cette période avec l'avènement de la pensée formelle entre 11-12 et 14-15 ans.

Pour Sillamy (1998), l'adolescence est « *une période qui débutent entre 12 ou 13 ans et se termine entre 18 et 20 ans* » (p.8). Ritvot (1995) cité par Schmid-Kitsikis (2013), considère cette fin comme un stade du développement. Quant à Perret-Captipovic et Ladame (1997) :

L'adolescence se termine lorsque les remaniements identificatoires inhérentes au processus d'adolescence aboutissent à l'assomption d'une identité sexuelle stable, irréversible. De plus, les nouvelles identifications doivent permettre l'intériorisation d'un code social ainsi que l'acquisition d'un statut propre rendant caduque la tutelle parentale. (Pierret-Captipovic & Ladame ,1997, p.16, cité par Schmid-Kitsikis, 2013).

Alvin et Marcelli (2005) sont plus précis lorsqu'ils situent le début à moyenne entre 10-12 ans pour les filles et 11-13 ans chez les garçons, et la fin entre 17-21 ans. D'après Rufo & Choquet (2007), « *on ne devient pas adolescent du jour au lendemain et on ne sort pas non plus précipitamment de l'adolescence* » (p.7). Rufo et Choquet (2007) estiment que de nos jours, l'adolescence s'étend de 10 à 25 ans, plutôt que de 12 à 18 ans et se décompose en plusieurs périodes. Ces deux auteurs ajoutent qu'il faut tenir compte d'une multitude de facteurs pour arriver à bien décrire l'adolescence (le monde scolaire, les différences sexuelles, la vie familiale, etc.).

Par ailleurs, Cloutier et Drapeau (2008) présentent également le début et la fin de la puberté en fonction de la dimension choisie.

Tableau 1. Critères pouvant servir à marquer le début et la fin de l'adolescence.

Dimension de l'adolescence	Critères de début	Critères de fin
Biologique	Début de changements sexuels, physiques	Capacité de faire un enfant
Cognitive	Apparition des premiers raisonnements abstraits	Maîtrise de la pensée formelle
Psychique	Premières tentatives d'affirmer son identité personnelle, de garder ses secrets et d'affirmer ses choix individuels	Capacité de se définir en tant que personne indépendante, d'affirmer et d'assumer son identité et ses choix personnels
Juridique	Période où les parents peuvent laisser le jeune seul à la maison pour quelques heures sans être considéré comme négligents selon la loi sur la protection de la jeunesse (12 ans)	Age de la majorité impliquant par exemple l'accession au droit de vote
Sociale	Apparition des comportements de participation autonome aux rôles collectifs et construction d'un réseau social personnel indépendant de la famille	Accession à la maîtrise de soi avec l'exercice des pouvoirs et des responsabilités que cela comporte envers les autres

Source : Cloutier et Drapeau (2008), dans *psychologie de l'adolescence* (p.8).

En revanche, si cette période s'accompagne d'un sentiment d'insatisfaction permanente, elle risque de provoquer des recherches de satisfaction substitutives qui se prolonge sans fin en formant obstacle à la sortie de l'adolescence (Schmid-Kitsikis, 2013). C'est ce que depuis la fin du XX^e siècle, les psychologues, les psychiatres et les psychanalystes ont qualifiés d'adolescence interminable (Alléon, Morvan & Lebovici, 1985; Anatrella, 1988 cité par Cannard, 2019) voire de société « *adulescente* » qui selon Anatrella (2003), montre du doigt

ces adultes qui « *ne veulent pas grandir* » ou ces adolescents qui ne veulent pas devenir adultes. C'est d'ailleurs ce qui met à mal la figure de l'adolescence en tant que période constituée, intriquée entre période de latence et l'accès à une maturité adulte.

En définitive, la question complexe d'une fin d'adolescence demeure ouverte, dans la mesure où elle semble dépendre du vertex choisi pour la qualifier. Si, comme Freud (1920) l'affirme, être adulte se limite à la capacité de l'individu de prendre en compte les exigences du principe de réalité, qui ne devraient d'ailleurs pas être toutes exemptes de plaisir au risque d'un vécu mortifère, on peut considérer que l'adolescent a une fin nous dit Schmid-Kitsikis (2013). Si en revanche, le désir et la nécessité interne pour un renouvellement, pour une vie de création, une vie de projets, de plaisir face à la découverte, une vie de curiosité infantile sans faille, se révèlent toujours vivaces et puissants, parler d'une fin devient un non-sens (Schmid-Kitsikis, 2013)

2.1.2.2. Stades de l'adolescence

Selon Alvin et Marcelli (2005), on peut découper l'adolescence en trois étapes :

- Le début de l'adolescence, qui va de 10-12 ans pour les filles et de 11-13 ans pour les garçons. Ici, la métamorphose physique et sexuelle, ainsi qu'une attention particulière à l'image corporelle, sont centraux. Tout adolescent, aussi sain soit-il, se pose la même question récurrente : « *suis-je normal ?* ».
- La mi-adolescence, en moyenne 13-16 ans pour les filles et 14-17 ans pour les garçons où les adolescents cherchent à affirmer leur place et à assurer un rôle nouveau en tant que sujet à part entière. La tâche n'est pas aisée à cause des tensions qu'ils rencontrent : ils désirent une indépendance dont ils ne peuvent encore pleinement jouir, ils sont confrontés au décalage qui subsiste entre leur maturité physique et leur maturité psychoaffective et ils sont animés par des sentiments contradictoires.
- La fin de l'adolescence s'étend entre 17 et 21 ans, après la consolidation des dernières étapes du développement physique. Le développement pubertaire s'achève vers 17 ans pour la plupart des adolescents. C'est à partir de ce moment qu'ils acquièrent une identité d'adulte. Le développement psychologique et social se poursuivra encore durant plusieurs années.

2.1.3. L'adolescence : un difficile travail de subjectivation

Aux prises avec des « *angoisses identitaires* » Cahn (1998) cité par Maatouk (2016), l'adolescent cherche à consolider son narcissisme, ce qui passe inévitablement par le regard valorisant d'autrui (les parents, les amis, etc.) qui vient renforcer la construction de son identité. Par ailleurs, Discours (2013) explique que l'adolescent se retrouve dans une situation narcissiquement inconfortable et douloureuse, source d'inquiétudes voire d'angoisses. Ces inquiétudes s'organisent entre autres dans l'idéal esthétique que l'adolescent a pu se faire de son corps pubère.

Toutefois, nous dit Birreaux, lorsqu'il se sent suffisamment valorisé et reconnu, l'adolescent devient capable de gérer la violence des émois pulsionnels et l'inquiétant de la sexualité. Faute de quoi, se sentant désespérément impuissant, il risque d'agir dans des passages à l'acte violents qui font écho à la toute-puissance sur l'autre, résidu de la pensée infantile (Birreaux, 1994 cité par Maatouk, 2016). Les processus de pensée, l'activité représentative et le rapport à la symbolisation propres à l'enfance vont donc être progressivement modifiés à l'adolescence.

De plus, le jeune pubère doit procéder à un remaniement profond de la relation aux figures parentales de son enfance (imagos parentales). Il doit tenter tant bien que mal de reprendre à son propre compte l'histoire de ceux qui l'ont précédé, « *sans passion excessive et sans haine obligée* » (Birreaux, 1994, p.42). En d'autres termes, il doit pouvoir se séparer psychiquement de ses parents et cela ne s'effectue pas sans un mouvement d'agressivité. D'ailleurs, pour Winnicott, grandir est un acte agressif et à la base de toute adolescence, on retrouve un meurtre : celui des parents (Braconnier & Marcelli, 1988). Cette séparation symbolique est dictée par une menace incestueuse due à la sexualisation des liens aux parents et à l'accès à la génitalité de l'adolescent (Jeammet, 1983). Un processus d'identifications à de nouvelles figures valorisantes à ses yeux, l'amènera non pas à abandonner ses identifications d'antan mais plutôt à les réaménager autrement. Ceci dit, l'adolescent va devoir réaménager ses investissements narcissiques (estime de soi) et les investissements objectaux (les autres) (Discours, 2011).

En somme, le processus de subjectivation propre à l'adolescence s'effectue ainsi à travers, d'une part, la consolidation narcissique renvoyant à l'unité originaire dans la fonction maternelle et d'autre part, la reconstruction de l'idéal du moi et du surmoi dans la fonction

paternelle (Osseiran-Houballah, 2003 cité par Maatouk, 2016). Ce processus de subjectivation qui se produit à l'adolescence, nous concerne particulièrement dans le cadre de ce mémoire car elle permet de comprendre comment l'identité de l'adolescent se construit.

2.1.4. Le processus de subjectivation/l'appropriation subjective

Pour construire son identité, l'adolescent recherche un « *architecte* » à la subjectivation, pour reprendre le terme de Gutton (2003, p.58). Cela signifie qu'il a besoin de s'appuyer sur un autre, parents ou substitut, avec qui il pourra entreprendre une relation de dépendance intersubjective, structurante. Ainsi, selon cet auteur, en s'étayant sur autrui, le sujet recherche une fonction parentale ou un substitut de celle-ci, qui va nourrir son narcissisme, le soutenir et assurer sa sécurité de base au cours des périodes de sa vie particulièrement fragiles et délicates, notamment à l'adolescence (Gutton, 2003).

Pour que cette subjectivation puisse avoir lieu, elle doit s'étayer sur une relation intersubjective à partir de laquelle le sujet va être suffisamment sécurisé pour accéder à une forme d'autonomisation, tout en étant capable d'être en lien avec autrui. En d'autres termes, l'adolescent doit apprendre à se différencier de l'objet tout en prenant en compte la présence de celui-ci et se trouve alors dans l'interdépendance (Maatouk, 2016). Il semble important de souligner que pour Cahn (1998), le processus de subjectivation est donc surtout un processus de différenciation bien plus qu'un simple processus de séparation-individuation (Mahler, 1967). En effet pour Malher (1967) cité par Moreau (2013), le terme de « *séparation* » renvoie à la prise de distance et le détachement d'avec la mère et celui « *d'individuation* », l'évolution des fonctions autonomes. Ainsi, l'adolescent va désormais conquérir son autonomie et se séparer de sa famille. Ceci dit, l'adolescence sépare l'enfant de ses objets internalisés pour l'amener à rencontrer un nouvel objet réel. Pour Blos (1962), ce processus de séparation-individuation est plutôt vu comme un travail de deuil, du refuge maternel intériorisé.

Cahn (1998), rappelle que, la réussite de l'acte subjectal implique que le sujet est dorénavant capable de s'affirmer face à autrui, d'établir des liens avec autrui, de les remettre en cause, de les faire, de les défaire et de les refaire, continuellement. D'ailleurs, il ajoute que c'est ce « *rapport entre le retour du même et l'émergence du nouveau qui se joue de façon déterminante à l'adolescence* » (Cahn, 1998, p.3).

Toujours selon Cahn (1998), l'enjeu principal de la subjectivation et plus particulièrement du processus d'appropriation subjective est d'être capable de mettre en place un espace psychique personnel dans le but de rendre possible un travail interne de transformation et de création. Subjectiver, c'est aussi la possibilité d'accéder à une « *auto-symbolisation de l'expérience [...], ça signifie prendre conscience de quelque chose ...* ». C'est aussi accéder à une manière d'être qui consiste à « *contenir, organiser et donner sens aux incessants changements, internes et externes, qui affectent un sujet, [...] qui le font autre pour autant qu'il demeure lui-même* » (Cahn, 1998, p.2 cité par Maatouk, 2016). C'est donc en quelque sorte, une manière de s'approprier psychiquement un événement, de l'intégrer dans le Moi à travers un processus de réaménagement psychique souvent douloureux et accablant (Bertrand, 2005).

On ne peut s'empêcher de penser ici au douloureux travail de réaménagement identitaire auquel est inévitablement confronté l'adolescent infecté au VIH/sida, car il se pourrait que certains tentent de se défendre massivement par le déni contre ce processus d'appropriation subjective pénible (Maatouk, 2016). Pourtant, ce processus est inévitable et nécessaire s'il souhaite en sortir grandi et accéder à « *plus d'ouverture à soi-même et au monde* » Cahn (1998, p.53). Ceci en raison du fait que : « *L'appropriation subjective est une manière d'être vivante et créative, même si le sujet est plus ou moins accablé par sa tâche, [...] séparé d'une part plus ou moins essentielle de lui-même, plus ou moins irrémédiablement exilé de l'objet primaire* » (Cahn, 1998, p.53). De même, nous dit Lemerle-Gruson et Mero (2010), la maladie chronique est source de contradiction et de conflit entre les besoins de santé qu'elle suscite, bien souvent assurés sous le contrôle des parents, et la nécessité d'auto-immunisation de l'individu. Aussi, l'atteinte corporelle, ses restrictions et les contraintes thérapeutiques de la maladie s'opposent aux besoins d'émancipation et d'expérimentation nécessaire au processus de construction de l'identité (Lemerle-Gruson & Mero, 2010).

Ainsi, la manière selon laquelle l'adolescent infecté au VIH/sida (en plus des réaménagements angoissants propres à la puberté) va subjectivement s'approprier l'annonce ou la découverte de son statut de séropositivité pourrait rendre compte des capacités créatrices mis en place par ce dernier.

Finalement, se subjectiver, nous dit Cahn (1998), c'est accéder à « une nouvelle représentation de soi et du fonctionnement psychique où l'après-coup et le remaniement de la relation d'objet. Ces différents éléments (représentation de soi et du fonctionnement

psychique, le remaniement de la relation d'objet) aboutissent à ce que Aulagnier (1978), qualifie « *d'élaboration conclusive* » d'un « *Je* » par ailleurs en auto-construction permanente par lui-même [...] (Aulagnier, 1978, p.48 cité par Maatouk, 2016). Ce processus progressif de subjectivation en perpétuel mouvement, décisif lors des premières années de la vie et qui se consolide à l'adolescence tout en se poursuivant tout au long de la vie c'est-à-dire « *de la naissance à la mort* » (Cahn, 1998 :51), consiste donc pour le sujet adulte (au sortir de l'adolescence), à intégrer la différence des sexes et des générations ainsi qu'à être capable de s'auto-représenter son fonctionnement psychique (Maatouk, 2016). De plus, ce processus amène une désinflation narcissique, un renoncement aux objets œdipiens, un réaménagement de l'angoisse de castration ainsi qu'une capacité à assumer ses propres désirs et ses conflits à l'égard de l'objet (Malher & Dupont, 2013).

2.1.5. Caractéristiques de l'adolescence selon les spécialistes

Les caractéristiques de l'adolescence sont définies en fonction des considérations qui tournent autour d'elle. Ainsi en fonction des théoriciens, l'adolescence peut être vue comme une période de transition, une période de crise, d'expérimentation mais aussi comme une période de dégagement.

2.1.5.1. L'adolescence vue comme une période de transition

L'adolescence, telle que nous l'avons vu plus haut est une période de transition, sujette à de nombreuses modifications. Benghozi (1999), dans un livre intitulé *l'adolescence, identité chrysalide*, illustre ce processus de maturation. La chrysalide marque le passage entre la chenille qu'elle était et le papillon qu'elle deviendra. L'adolescent est une chrysalide ; il doit muer, changer de peau, de carapace (changement psychique et physique).

Dolto (1989), parle plutôt de homard et du complexe d'homard. L'adolescence, c'est le moment où l'on se sent comme un homard pendant la mue : la carapace a disparu, il faut en fabriquer une autre mais, en attendant, les dangers sont là. L'adolescence est l'âge de toutes les vulnérabilités. Selon l'auteur, c'est une période sensible à de nombreux égards, période qui ouvre de nouveaux possibles, mais confronte aussi à de nouveaux dangers. Les homards, quand ils changent de carapaces, perdent d'abord l'ancienne et restent sans défense, le temps d'en fabriquer une nouvelle ; pendant ce temps-là, ils sont très en danger. C'est ce qui se produit chez l'adolescent.

Huerre (1990), définit l'adolescence comme la saison des attentes. C'est-à-dire, c'est le temps de la vulnérabilité et de la sensibilité la plus vive. La définir revient toujours à se référer au négatif : ce n'est plus l'enfance et ce n'est pas encore l'âge adulte.

Pommereau (2006), compare les adolescents à des marins inexpérimentés, ivres de liberté et de sensations inconnues : « se croyant insubmersibles, les adolescents sont prêts à tout pour passer la barre des écueils (« ça passe ou ça casse »), même, ou peut-être devons-nous dire surtout, s'ils doivent en garder des traces sur la peau ou le corps ».

L'adolescence est donc une incontournable période de construction identitaire et, on le voit à travers toutes ces analogies, le corps, source de changements et de pulsions nouvelles, y tient une place prépondérante.

2.1.5.2. L'adolescence vue comme période de crise

L'idée de crise à l'adolescence a fait un tel chemin que certains en arrivent à proclamer que son absence signe un pronostic de déséquilibre à venir au cours de la vie adulte (PasseportSanté, 2016). Tout démarre avec une théorie établie par Hall au début du XX^{-ème} siècle qui ne conçoit pas l'adolescence sans un long et pénible chemin d'ascension marqué par les expériences de tempête et de tension, les moments de turbulence et d'incertitude ou encore les formes de comportements, des plus instables et imprévisibles aux plus morbides et perturbés.

Le concept de « crise d'adolescence » sera également employé par Debesse en 1941 dans son livre sur *la crise d'originalité juvénile*. Debesse (1958), définit le mot crise comme : « *un changement décisif au cours d'une évolution et implique un état de troubles profond ou de conflits aigus ainsi qu'une certaine soudaineté dans les changements constatés* » (p.288). Pour Boyer (2004), la crise constitue une perturbation temporaire des mécanismes de régulation d'un système pouvant ou non faire le lit du pathologique. Parler d'une crise d'adolescence selon Debesse, signifie semble-t-il :

- Que des changements importants et rapides se produisent dans l'organisme mais aussi dans les intérêts, les façons de sentir et de juger les rapports avec l'entourage, bref dans l'ensemble du comportement, quand vient l'adolescence ;
- Que, de ce fait, des difficultés particulières apparaissent de façon aiguë, compromettant l'adaptation ou, si l'on préfère, l'intégration du sujet ;

- Que par suite, cette période troublée et difficile constitue un stade de développement se distinguant assez nettement de ceux qui l'encadrent et qui sont considérés comme plus calme et plus stables (Debesse, 1958).

Debesse scelle définitivement l'image de l'adolescent, violent, masturbateur, irrespectueux et dérangeur. Pourtant, le fait d'associer le terme « crise », qui renvoie à l'aggravation soudaine d'une affection pathologique, à un passage de vie, peut sembler inconvenant, voire brutal. Dalmasso (2012), lui préfère ainsi l'idée de moment décisif pouvant être périlleux plutôt que grave et regrettable.

De même, la crise d'adolescence convoque bien la fin d'une étape de développement qui signe un arrêt dans l'enfance que des manifestations plus ou moins énigmatiques et des troubles de comportements qui peuvent émerger à cette période. Il existe bien une crise de l'adolescence dans le sens où le sujet ne va plus être psychiquement après la puberté comme il était précédemment ; elle serait intrinsèque au psychisme et liée à l'impact du somatique pendant la puberté (Scroccaro, 2018).

Par ailleurs, Blos (1967) cité par Bernateau (2008), emboîte le pas en mettant l'accent sur les tensions inévitables et sur les conflits provoqués par le besoin d'indépendance de l'adolescent vis-à-vis de ses parents. De même Coleman (1961) puis Keniston (1965) notent que l'expérience adolescente entraîne inévitablement des conflits entre les jeunes et leurs parents et entre la génération des adolescents et les générations des adultes (Coleman, 1961; Keniston, 1965 cité par Taborda-Simoes, 2005).

2.1.5.3. Adolescence comme processus de dégagement

Les concepts de Malher cité par Boyer (2004), sur le processus de séparation-individuation de l'enfance ont amené de nombreux psychanalystes à comparer l'adolescent à un second processus, mais avec pour but une autonomisation et un dégagement des objets internalisés pour aller « aimer les objets extra-familiaux. Un jeu identificatoire complexe s'opère activement, jeu entre le développement d'identification mélancolique lié au travail de deuil et de séparation et de construction d'identification hystérique, à l'origine d'une « image composite », et donc d'un processus d'individuation (Boyer, 2004).

2.1.6. Spécificité de l'adolescent en contexte Camerounais

D'après Tsala Tsala (2002) « *l'adolescence ne saurait se lire en dehors du contexte social qui la crée, la nie où la régleme* » (p.179). En exposant le cas Edimo (adolescent camerounais de 16 ans), il met l'accent sur ce qui caractérise l'enfant camerounais et les exigences du milieu familial. Selon cet auteur, l'adolescent camerounais doit se construire une double identité : éthique et individuelle. Ce qui fait problème chez ce dernier est la difficulté à pouvoir concilier les valeurs culturelles imposées par les parents, et les exigences liées à la modernité, qui le séduisent et l'attirent. Ce qui entraîne des conflits de génération parents/adolescents, encore appelés crises familiales. Ce qui ne va pas, c'est que l'adolescent va revendiquer son autonomie parce qu'il veut appartenir à son époque et en jouir des composantes, et non rétrograder vers celle qu'ont vécu ses parents.

2.1.7. Adolescence et identité

L'identité selon le petit Robert (2011), est « le caractère de ce qui est identique » de « deux objets de pensée identique » ; voir similitude. « Caractère de ce qui est un » voir unité. Toutefois, l'identité personnelle renvoie au « caractère de ce qui demeure identique à soi-même », voir permanence ; « le fait pour une personne d'être tel individu et de pouvoir être reconnu pour tel » (pièce d'identité).

D'après Edmond (2005), l'identité conjugue à la fois l'unité, l'unicité, la similitude, la permanence et la reconnaissance (celle du sujet qui se reconnaît lui-même et celle d'autrui). Certains de ces caractères peuvent sembler contradictoires comme l'unicité et la similitude, traduisant le fait que chaque individu est à la fois unique et semblable à d'autres. L'identité présente ainsi une face objective, celle qui indique schématiquement la pièce d'identité et une face subjective qui renvoie à la conscience qu'a chacun d'être soi, d'être unique et de rester le même tout au long de sa vie. L'identité est donc à la fois individuelle et collective, personnelle et sociale ; elle exprime en même temps la singularité et l'appartenance à des communautés dont chacun tire certains de ses caractéristiques.

Dans le cadre de l'étude, l'identité renverrait à une donnée immédiatement de la conscience dont la perturbation signale un trouble psychique (dépersonnalisation) ; elle serait aussi un mouvement réflexif par lequel le sujet cherche à se ressaisir, à se connaître, à rechercher une cohérence interne, une consistance et une plénitude d'existence, à coïncider avec ce qu'il voudrait être ou devenir. L'identité serait en même temps, un état et un

mouvement, un acquis et un projet, une réalité et une virtualité. Ainsi, face à un bouleversement identitaire, cette dernière pourrait être sujette à un réaménagement.

D'après Tcholakova (2016), le réaménagement identitaire est une expérience vécue par les acteurs comme mettant en question leur identité, et c'est une expérience de réajustement de soi problématique face à laquelle ils tentent de trouver des solutions en se référant à leur identité. Pour rendre compte de cette expérience, l'identité doit donc être entendue comme une catégorie d'expérience, plutôt que comme une catégorie d'explication ou de description objective, et elle doit en outre être entendue comme une catégorie dynamique en prise avec des transformations de soi problématiques, et non comme une catégorie statique (Tcholakova, 2016).

L'adolescence est une phase de construction de l'identité, une période où l'individu doit élaborer ses premiers choix (Marcia, 1966 cités par Bosma & Gerlsma, 2003). Selon Bosma et Gerlsma (2003) cité par Lannegrang-Willems (2012), la construction de l'identité ou du soi à l'adolescence a été étudiée selon deux voies principales dans les recherches. Nous avons le développement du concept de soi et l'approche théorique d'Erikson (1972) sur le développement de l'identité à l'adolescence dans différents domaines de vie (Bosma & Gerlsma, 2003 cité par Lannegrang-Willems, 2012). Dans une conception développementale et psychosociale, Erikson considère l'identité comme une synthèse réalisée à partir des éléments du passé (histoire personnelle), des caractéristiques du présent (besoins, traits de personnalité etc.) et des attentes du futur. Pour que les choix pris ultérieurement soient personnels, l'adolescent doit expérimenter différents rôles sociaux au cours d'un moratoire psychosocial ou période de délai accordée par la société. Ces tâches correspondent à un processus développemental d'individuation (Baumeister & Muraven, 1996 cité par Lannegrang-Willems, 2008). De même c'est une période de construction de soi, ceci dans un débat permanent avec les autres, surtout les autres en soi dans la mesure où la quête majeure du jeune est alors celle des limites : savoir ce que les autres peuvent attendre de lui et ce que lui peut attendre des autres. L'adolescent est en quête de ce qu'il est, il souhaite se distinguer de ses aînés sans avoir encore établi un sentiment d'identité durable. Il expérimente le monde en interrogeant par ses conduites les autres à son entour. Ainsi, la mise en scène de soi comme une manière d'essayer différentes possibilités, de faire de son corps un décor, c'est-à-dire un *dé-corps* voué à accueillir les déclinaisons possibles de soi qui répond à ce bricolage identitaire ludique. Mais souvent la recherche trouve dans les offres du marché son point

d'aboutissement à travers le souci d'objets, de vêtements, de chaussures de marques ou de modifications corporelles ayant déjà reçu l'aval des pairs (Le Breton, 2005).

Par ailleurs, Marcia (1966) cité par Barbot (2008), explique cette construction de l'identité sous l'angle de deux processus à savoir l'exploration et le dégageant. L'exploration fait référence à un processus de recherche des différentes alternatives pour soi dans un domaine de vie (profession, religion, politique, etc.), l'engagement correspond à l'adhésion à un ensemble de valeurs, buts et croyances. En somme, le sentiment d'identité résulte des engagements individuels dans des domaines de vie, engagements possibles après une période d'exploration. En combinant ces deux dimensions, Marcia (1966) prenant appui sur Waterman, Archer et Orlofsky (1993), a défini quatre statuts d'identité, c'est-à-dire des styles individuels d'ajustement à la tâche psychosociale de formation de l'identité (Marcia, 1966) : la réalisation identitaire (forte exploration et fort engagement), la forclusion identitaire (faible exploration et fort engagement), le moratoire identitaire (forte exploration et faible engagement) et la diffusion identitaire (absence d'engagement). Globalement, les adolescents en réalisation identitaire présentent le meilleur profil d'ajustement psychosocial, ceux en diffusion identitaire le moins bon, les adolescents en moratoire et en forclusion identitaire ayant un profil identitaire.

Toutefois, bien que les adolescents soient à la quête de l'autonomie et de l'indépendance (Mahler, 1967 cité par Bernateau, 2008), l'identité qui se construit de nos jours chez ces derniers, sont des identités ludiques car les adolescents d'aujourd'hui ne dépendent plus de tradition, de chemins tout tracés ou d'idéologies susceptibles de donner d'emblée sens et orientation à leurs difficultés personnelles. Les aînés ont largement perdu leur autorité en la matière (Le Breton, 2005). La famille est devenue contractuelle, parfois par absence réelle ou symbolique des parents. Elle rassemble un groupe de pairs, mais sans père justement pour indiquer ou jalonner le chemin à suivre. Cette obsolescence des valeurs, des objets, des techniques, voire même des hommes rend difficile la transmission aux jeunes générations des repères susceptibles de fonder durablement le sentiment de sa valeur propre d'individu. L'adolescent quelconque trouve son modèle dans un autre adolescent quelconque auquel il s'identifie puisqu'il a obtenu la concrétisation des médias et que ses comportements suscitent d'innombrables commentaires. On lui demande juste d'être lui-même (Le Breton, 2005).

2.1.8. Adolescence et capacités créatrices

D'après le Larousse de psychologie Sillamy (2019), la créativité « est la disposition à créer qui existe à l'état potentiel chez tous les individus et à tous les âges... le petit enfant qui s'étonne et s'émerveille... est particulièrement créatif ».

Quant à Lubart et al. (2015) cité par Leudjeu (2017), « *La créativité est reconnue comme un attribut essentiel de l'espèce humaine. C'est sa capacité à imaginer, inventer, construire, mettre en œuvre un concept inhabituel, un nouvel objet ou à découvrir une solution originale à un problème* ». Il s'agit d'un processus psychologique permettant de faire preuve d'originalité dans la capacité d'associer différemment des choses, des idées, des situations, afin de mettre à jour une nouvelle solution ou un nouveau processus, et ceci en fonction de notre histoire de vie, de nos apprentissages, de notre vécu. C'est aussi une attitude, ou mieux une manière d'être au monde, de le percevoir de façon originale, de le vivre de manière constamment renouvelée.

Ainsi, dans notre étude nous pouvons envisager les capacités créatrices comme des potentialités dont dispose un individu ou un système, pour mettre en place des remaniements psychiques aussi bien au niveau cognitif, affectif, émotionnel et comportemental, face à des perturbations endogènes ou exogènes à lui permettant au sujet/système d'émerger.

L'adolescence est un moment propice pour l'expression créative car elle permet la découverte puis l'affirmation de sa propre singularité. C'est au cours de l'adolescence, marquée par les changements pubertaires, que la créativité va prendre sa forme et se cristalliser, mais c'est aussi par la créativité que l'adolescent pourrait parvenir à former une identité différenciée et cohérente (Rothenberg, 1990 cités par Todd & Baptiste, 2012), l'aidant à trouver les ressources pour évoluer dans sa vie d'adulte. Pour Marcia (1966), la construction identitaire à l'adolescence se résume en une quête d'engagement nécessitant un processus d'exploration active de soi et de son environnement. De ce fait, il est possible que l'expression de la créativité puisse concourir et/ou résulter de cette construction (Dollinger, Clancy-Dollinger & Centeno, 2005 cité par Barbot, 2005). Résulter, car le véritable acte créatif implique la résolution de toutes les crises psychosociales (Erikson, 1988) et concourir parce que la créativité peut être envisagée comme une composante du processus d'exploration identitaire (Berman, Schwartz, Kurtines & Berman, 2001). Pour Marcia (1966), le processus d'exploration est le processus par lequel l'adolescent expérimente de nombreuses alternatives identitaires.

La créativité est donc la capacité à réaliser une production qui soit à la fois nouvelle et adaptée au contexte/domaine dans lequel elle se manifeste (Lubart, Mouchiroud, Tordjman & Zenasni, 2003 ; Sternberg & Lubart, 1995). Qu'elle intervienne dans les domaines à valeurs culturelles, scientifiques et techniques, ou dans la résolution de problèmes de la vie quotidienne (conflits interpersonnels, problèmes pratiques), la créativité engage l'individu tout entier. Elle résulte en effet de la combinaison de nombreuses composantes individuelles et facteurs environnementaux qui, au cours de l'adolescence, sont en plein remaniement (Todd & Baptiste, 2012). C'est en effet au cours de l'adolescence que vont apparaître à la fois la motivation et la capacité à créer durant toute la vie (Rothenberg, 1990 cités par Todd & Baptiste, 2012), et c'est aussi au cours de cette période que la créativité pourrait devenir une capacité plus spécifique en fonction du domaine.

2.2. A PROPOS DU VIH/SIDA A L'ADOLESCENCE

2.2.1. VIH/SIDA : concepts et définitions

D'après Act Up-Paris (2005), le VIH (Virus de l'immunodéficience Humaine) est le virus qui cause le SIDA (syndrome d'immunodéficience Acquise). Lorsque le virus pénètre dans le corps, il infecte et détruit certaines cellules du système immunitaire de l'être humain (en particulier les lymphocytes T CD4+ et les cellules macrophages essentielles au système immunitaire des cellules). Il détruit ou dérègle leur fonctionnement. Le virus agit en fragilisant progressivement le système immunitaire jusqu'au stade de l'immunodéficience (Act Up-Paris, 2005). Pour ONUSIDA (2020), il s'agit d'un rétrovirus qui infecte les cellules du système immunitaire de l'être humain (en particulier les lymphocytes T CD4+ et les cellules macrophages essentielles au système immunitaire des cellules). Lorsque ces cellules sont en nombre insuffisant, l'immunité n'est plus efficace, le système immunitaire est considéré comme déficient car il n'est plus en mesure de remplir son rôle, à savoir combattre les infections et les maladies (ONUSIDA, 2020).

À ce stade, les malades sont plus vulnérables à de nombreuses formes d'infections (infections opportunistes) et de cancers. Ainsi, lorsqu'une personne a une ou plusieurs maladies de ce type, on dit qu'elle a le SIDA. Il s'agit du stade auquel l'infection causée par le VIH s'accompagne d'un ensemble de manifestation (infections opportunistes telles que Candidose, toxoplasmose, cryptococcose, Pneumocyte ou différentes formes de cancers tels que la maladie de Kaposi et lymphomes), lesquels sont dues à un déficit immunitaire profond

(Act Up-Paris, 2005). Cela dit, lorsque l'infection à VIH n'est pas traitée, la maladie évolue vers le stade du SIDA, le taux de lymphocytes CD4 se situant alors souvent en dessous de 200 cellules/mm³.

Le SIDA décrit l'ensemble des symptômes et des infections liées à une déficience acquise du système immunitaire. Le sida est la phase finale d'une contamination au VIH. Des indicateurs comme le niveau d'immunodéficience ou l'apparition de certaines infections servent à déterminer le passage de l'infection du stade du VIH à celui du sida (OMS, 2019).

D'après le centre épidémiologique et de prévention des Etats-Unis (Centers for Disease Control and Prevention), une personne est atteinte du Sida si elle a une infection au VIH confirmée en laboratoire ; si la numération de CD4 est inférieure à 200 ou si elle a une ou plusieurs des infections reliées au SIDA. Donc, un malade du SIDA a forcément une infection par le VIH, alors que toutes les personnes infectées par le VIH n'ont pas nécessairement développé le SIDA.

2.2.2. Signes et Symptômes du VIH

Les symptômes varient en fonction du stade de l'infection. Si les personnes vivant avec le VIH ont tendance à présenter la plus forte contagiosité au cours des premiers mois, nombreuses sont celles qui ignorent leur situation jusqu'à des stades avancés (OMS, 2019). D'après ONUSIDA (2020), la plupart des personnes infectées ne savent pas qu'elles ont été contaminées. Aussitôt après l'infection, au cours de la séroconversion, certaines d'entre elles contractent une mononucléose infectieuse. La séroconversion correspond à la production d'anticorps contre le VIH et apparaît généralement un ou deux mois après l'infection (ONUSIDA, 2020). Ainsi, dans les premières semaines qui suivent l'infection initiale, les sujets peuvent rester asymptomatique ou manifester un syndrome grippal avec de la fièvre, des céphalées, un érythème ou un mal de gorge (OMS, 2019).

A mesure que l'infection affaiblit peu à peu le système immunitaire, d'autres signes et symptômes peuvent apparaître, comme un gonflement des ganglions lymphatiques, une perte de poids, de la fièvre, de la diarrhée et de la toux. En l'absence de traitement, de graves maladies sont susceptibles de se déclarer comme une tuberculose, une méningite à cryptocoque, des infections bactériennes sévères ou certains cancers, tels que des lymphomes ou le sarcome de Kaposi (OMS, 2020).

2.2.3. Evolution de l'infection vers le sida

Le terme « sida » correspond aux stades ultimes de l'infection au VIH. En cas d'absence de traitement, la majorité des personnes porteuses du VIH développent les signes du sida 8 à 10 ans après leur contamination (OMS, 2019).

Selon l'OMS (2019), certaines infections permettent d'identifier ce syndrome. Nous avons :

➤ 1^{ère} phase – primo-infection

Dans les semaines qui suivent l'infection, environ les tiers des personnes touchées présentent des symptômes semblables à ceux de la grippe ou de la mononucléose : fièvre, maux de tête, maux de gorge, rougeurs sur la peau, fatigue, douleurs musculaires, etc. Ces malaises se résorbent sans traitement.

➤ 2^{ème} phase – infection asymptomatique

Durant ce stade 2 de la maladie, le virus peut vivre dans l'organisme pendant de nombreuses années sans provoquer de symptômes. La personne peut donc avoir l'impression de ne pas être malade, mais elle est susceptible de transmettre le virus. La séroconversion qui est le moment où une personne séronégative (pas d'anticorps dans le sang) devient séropositive (présence d'anticorps dans le sang) se produit durant cette phase, habituellement de 1 à 3 mois après l'infection.

➤ 3^{ème} phase – infection symptomatique

La personne ressent à l'occasion un ou des symptômes liés à l'infection au VIH (fatigue, diarrhée chroniques inexplicables de plus d'un mois ; infections bactériennes graves et tuberculose pulmonaire, gonflement des ganglions, perte de poids, sueurs nocturnes, fièvre, etc.).

➤ 4^{ème} phase – sida (syndrome d'immunodéficience acquise)

Si le nombre de cellules immunitaires (lymphocytes T CD4) devient très bas et que le corps n'arrive plus à lutter contre d'autres infections ou maladies qualifiées d'opportunistes, le diagnostic de SIDA est posé. Les symptômes de l'infection deviennent plus apparents et constants. De plus, des infections opportunistes peuvent causer d'importants problèmes de

santé. Les infections opportunistes qui normalement ne sont pas graves, mais qui deviennent chez les personnes qui ont de très faibles défenses immunitaires. Parmi les maladies opportunistes, on retrouve la candidose œsophagienne, la toxoplasmose cérébrale, trachéale, la pneumonie à *Pneumocystis Jiroveci*, la tuberculose, les infections à l'herpès, et aussi des cancers (surtout des lymphomes et le sarcome de Kaposi).

Les stades 2, 3 et 4 de la maladie du VIH servent d'indicateurs du sida. La plupart de ces pathologies sont des infections opportunistes qui se laissent facilement soigner chez les sujets sains. De plus, les United States Centers for Disease Control and Prevention définissent le sida sur la base d'un taux de lymphocytes T CD4+ inférieur à 200 par mm³ de sang. Ces cellules sont essentielles pour que le système immunitaire apporte une réponse efficace aux infections. Le fait que le VIH prend directement le contrôle du système immunitaire le rend particulièrement dangereux.

2.2.4. Les modes de transmissions du VIH

Le VIH se transmet par les liquides corporels : principalement par le sang, mais aussi par le sperme, les sécrétions vaginales, les sécrétions rectales et le lait maternel. Le plus souvent, le virus est contracté au moment d'activités sexuelles non protégées ou par l'échange de seringues chez les utilisateurs de drogues injectables. Le risque de transmission par des baisers avec échange de salive est pratiquement nul (OMS, 2019).

Dans la plupart des pays industrialisés, les rapports homosexuels entre hommes constituent la plus importante voie d'infection. Cependant, la transmission hétérosexuelle a fortement progressé depuis le début de l'épidémie (OMS, 2019). Ainsi selon l'OMS (2019), les modes de transmission du VIH sont les suivants :

➤ Transmission par voie sexuelle

Le VIH se transmet par pénétration lors d'un rapport sexuel. Le risque de contamination est faible au cours d'une pénétration vaginale, car la transmission du VIH n'est pas très fréquente dans ce cas. Les études montrent que le taux de transmission au cours d'un rapport sexuel anal est 10 fois plus élevé que pour une pénétration vaginale. Une personne porteuse d'une infection sexuellement transmissible non traitée, causant en particulier des ulcères ou des sécrétions, est 10 fois plus exposée à une transmission du VIH ou à une contamination par le virus au cours d'un rapport sexuel.

Le sexe oral est considéré comme une pratique sexuelle à faible risque pour ce qui est de la transmission du VIH.

➤ Transmission due au partage d'aiguilles et de seringues

Le risque de transmission du VIH est très élevé lors de la réutilisation et du partage d'aiguilles ou de seringues. Les personnes s'injectant des drogues peuvent réduire considérablement ce risque en utilisant systématiquement des aiguilles neuves et des seringues jetables ou en stérilisant correctement les aiguilles et les seringues réutilisables avant utilisation. La transmission dans le cadre sanitaire peut être réduite si le personnel de soin respecte les précautions universelles.

➤ Transmission de la mère à l'enfant

Une mère peut transmettre le VIH à son enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement. Le risque de transmission de la mère à l'enfant est généralement de 15 % à 30 % avant et pendant l'accouchement. Il dépend de plusieurs facteurs, en particulier de la charge virale de la mère au moment de la naissance (le risque augmente avec la charge). La mère peut également transmettre le virus à son enfant après l'accouchement, pendant l'allaitement. Le taux de transmission du VIH à l'enfant est extrêmement faible si la mère suit une thérapie antirétrovirale au cours de la grossesse et de l'allaitement.

➤ Transmission au cours d'une transfusion sanguine

Le risque est extrêmement élevé (supérieur à 90 %) pour une personne de contracter le VIH au cours d'une transfusion de sang et de produits sanguins contaminés. Toutefois, la mise en place de normes de sécurité du sang garantit des réserves de sang et de produits sanguins sans danger, adaptées et de bonne qualité à tous les patients et patientes ayant besoin d'une transfusion. La sécurité du sang implique de soumettre tous les dons de sang à un dépistage du VIH et d'autres pathogènes transmissibles par le sang, ainsi que de sélectionner correctement les donneurs et donneuses.

Il est noté qu'un baiser sur la bouche ne présente aucun risque et aucune étude ne révèle une transmission du virus par le biais de la salive en embrassant.

Un risque de transmission du VIH en se faisant un piercing ou un tatouage existe si des instruments contaminés ne sont pas stérilisés ou sont partagés entre plusieurs personnes. Les instruments conçus pour pénétrer dans la peau ne doivent être utilisés qu'une fois, puis jetés ou nettoyés et stérilisés correctement.

Toute coupure impliquant un objet non stérilisé, comme un rasoir ou un couteau, peut transmettre le VIH. Il n'est pas conseillé de partager un rasoir sauf s'il est correctement stérilisé après chaque utilisation.

2.2.5. Personnes à risques et facteurs de risque au VIH/Sida

2.2.5.1. Personnes à risque

Parmi les personnes à risques, l'OMS (2019) mentionne :

- Les personnes habitant un pays ou originaires d'un pays où l'infection au VIH est très répandue (par exemple, l'Afrique Subsaharienne et les Caraïbes).
- Les populations clés (hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, prisonniers, consommateurs de drogues injectables, professionnels du sexe et leurs clients ainsi que les personnes transgenres). Selon la définition qu'en donne l'OMS, les populations clés regroupent les personnes issues de populations qui sont exposées à un risque accru de VIH dans tous les pays et toutes les régions.
- Les enfants nés d'une mère séropositive n'ayant pas été traitée. Le virus se transmet durant la grossesse ou l'accouchement, mais aussi durant l'allaitement.
- Les personnes qui occupent un emploi qui expose au sang ou à d'autres liquides organiques (professionnels de santé, policiers, pompiers, etc.).

2.2.5.2. Facteurs de risque

Selon l'organisation mondiale de la santé, un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme. Ainsi, parmi les comportements et les situations qui accroissent le risque pour un individu de contracter une infection à VIH, l'OMS (2019) note :

- Pénétration anale ou vaginale non protégé et les relations orales sans condom ou digue dentaire. La digue dentaire est un carré de latex mince utilisé pour couvrir la vulve ou l'anus durant la pratique du sexe oral. Les personnes qui ont des ulcères dans la bouche ou sur les organes génitaux (gonorrhée, syphilis, herpès génital, etc.) risquent davantage de contracter ou de transmettre le VIH.
- Avoir des rapports sexuels avec plusieurs partenaires, avec un partenaire qui a ou a eu plusieurs partenaires, ou avec un partenaire qui consomme ou a consommé des drogues administrées par voie intraveineuse.
- La présence d'une autre infection sexuellement transmissible (IST) c'est-à-dire syphilis, herpes, chlamydie, gonorrhée ou vaginose bactérienne par exemple.
- Partage de seringues, d'aiguilles, d'autres matériels d'injections ou de solutions contaminées lors de l'injection de drogues.
- Les injections, les transfusions sanguines à risque, les greffes de tissus, les actes médicaux qui amènent à couper ou percer la peau dans des conditions non stériles.
- Les piqûres d'aiguilles accidentelles, notamment chez les agents de santé.
- Le tatouage ou le piercing avec des aiguilles usées.

Chez les adolescents, plusieurs facteurs sont associés à l'infection. Les antécédents d'abus sexuels chez les filles et de violences physiques sont associés à un risque majoré d'infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH (Advances in Nursing Science, 2011). De même, un environnement familial instable et une déficience parentale sont également associés à un risque majoré d'infections sexuellement transmissibles (IST) dont le VIH (Molart & al., 2018). Par ailleurs, Arcat (2020), note également l'usage de drogues qui prédispose à des rapports sexuels non protégés et à haut risque d'infection au VIH/Sida (Arcat, 2020).

Ainsi, devant toute découverte de séropositivité chez un adolescent, il convient de rechercher les circonstances anamnestiques, sociales, familiales ou comportementales susceptible d'avoir favorisé la contamination.

2.2.6. Prévention et prises en charge des PVVIH

2.2.6.1. Prévention de l'infection au VIH/sida

Il existe plusieurs méthodes de protection d'une transmission sexuelle au VIH/sida. ONUSIDA (2020), note entre autres :

- Relations monogames entre partenaires sains.
- Rapport sexuel sans pénétration.
- Utilisation systématique et correcte d'un préservatif masculin ou féminin.
- Sexe entre deux personnes, dont l'une vit avec le VIH, mais suit une thérapie antirétrovirale et possède une charge virale indétectable.
- Prophylaxie pré-exposition prise par des personnes qui ne sont pas infectées par le VIH.
- Circoncision masculine médicale volontaire. Réduit les chances d'une transmission du VIH de la femme à l'homme.

Autres moyens d'éviter une infection :

- Si vous consommez de la drogue par injection, utilisez toujours des aiguilles et des seringues neuves à usage unique ou correctement stérilisées avant utilisation ou tournez-vous vers d'autres mesures de prévention comme une thérapie de substitution aux opiacés.
- Assurez-vous que le sang et les produits sanguins sont soumis à un dépistage du VIH et que les normes de sécurité du sang ont été mises en place.
- Les préservatifs à la qualité certifiée sont les seuls produits actuellement disponibles qui protègent contre une infection sexuelle du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles. Lorsqu'ils sont utilisés correctement, les préservatifs constituent un moyen efficace pour empêcher les infections au VIH chez la femme et l'homme. Pour une protection optimale, les préservatifs doivent être utilisés correctement et systématiquement. Ils peuvent glisser ou rompre en cas d'utilisation incorrecte, ce qui diminue leur effet protecteur.

2.2.6.2. Prises en charge des PVVIH

Actuellement, il n'y a aucun traitement curatif destiné aux patients atteints du VIH. En revanche, les traitements actuels permettent de stopper la multiplication du virus, soit de réduire la charge virale ainsi que de faire remonter le taux de cellules CD4. Cela permet ainsi aux personnes infectées par le VIH qui suivent un traitement de vivre plus longtemps et en bonne santé, d'avoir des relations sexuelles sans risques et de donner naissance à un enfant sans qu'il ne soit contaminé (Praz & al., 2015 cités par Fe, Flüeli & Hauri, 2018). En effet, lorsque la virémie atteint une valeur inférieure à 50 virus par millilitre de sang, le VIH ne peut plus se multiplier ni contaminer d'autres cellules. Il est clair que pour que ces conditions soient valables et sûres, il faut que la prise du traitement soit régulière, que la charge virale soit maintenue en-dessous du seuil de détection et cela pendant en tout cas six mois. L'absence d'une autre maladie sexuellement transmissible est également l'un des critères (Maeder & Javurek, 2012 cités par Fe, Flüeli & Hauri, 2018).

Il est préférable d'entamer un traitement le plus tôt possible lorsque le taux de cellules CD4 se trouve compris entre 350 et 500 cellules par microlitre de sang, en présence de symptômes ou non (Maeder & Javurek, 2012 cités par Fe, Flüeli & Hauri, 2018). Il importe à chacun d'exprimer ses préférences au médecin, certaines personnes n'étant pas en mesure de commencer directement le traitement sous le choc lié à l'annonce du diagnostic. Une fois le traitement introduit, des contrôles réguliers sont à prévoir ; d'abord chaque mois ensuite chaque trois mois, puis chaque six mois. Il s'agira alors de contrôler la charge virale, le taux de CD4, mais aussi la fonction rénale, hépatique, les lipides et la glycémie. Au cours de ces rendez-vous avec le médecin, il sera alors également important que le patient l'informe des substances prises en parallèle du traitement (médication ou drogues) car de nombreuses interactions sont possibles (Maeder & Javurek, 2012 cités par Fe, Flüeli & Hauri, 2018).

Il existe aujourd'hui plus de vingt médicaments contre le VIH que l'on peut combiner de diverses manières. En règle générale, le traitement se compose de trois médicaments parce que c'est ainsi qu'il est le plus efficace et le plus sûr (Praz & al., 2015, p.10 cités par Fe, Flüeli & Hauri, 2018). C'est pour cela que l'on parle de trithérapie. Le terme antirétroviral, lui est utilisé parce que le traitement a pour cible des rétrovirus, c'est-à-dire, des virus à ARN (Meyer & al., 2014 cités par Fe, Flüeli & Hauri, 2018).

À noter que bien des combinaisons sont possibles, il s'agit alors de trouver celle qui convient le mieux au patient en fonction de sa préférence et de sa tolérance. Il existe à ce jour des comprimés associant plusieurs de ces molécules ce qui permet désormais de faciliter la prise. Ces traitements sont administrés une à deux fois par jour (Meyer & al., 2014 cités par Fe, Flüeli & Hauri, 2018). Les effets indésirables les plus fréquemment observés sont : les nausées, les céphalées, les vomissements, les diarrhées et la fatigue. Il est également parfois possible de constater un état fébrile ou une éruption cutanée (Maeder & Javurek, 2012 cités par Fe, Flüeli & Hauri, 2018).

2.2.7. Infection au VIH/sida et sexualité chez l'adolescent

La puberté est la période où se fait la maturation sexuelle. L'adolescent a les moyens d'aller au bout de ses désirs. Il doit alors affirmer son identité sexuelle et faire son choix d'objet sexuel. La sexualité est au cœur des préoccupations adolescentes. Cela est d'autant plus préoccupant chez les adolescents atteints d'une maladie sexuellement transmissible (Beaupretre & Sauvaget, 2009).

D'après Beaupretre et Sauvaget (2009), malgré la connaissance du risque de la non-protection lors des rapports sexuels, ces adolescents utilisent peu le préservatif. Ces rapports non protégés sont une prise de risque pour eux-mêmes, s'exposant alors à une possible surinfection (autres infections sexuellement transmissibles, hépatite B, hépatite C). Mais surtout, s'ils n'utilisent pas les préservatifs c'est par crainte que leur partenaire découvre leur séropositivité. Ils anticipent le rejet en rompant précocement, ce qui les renforce dans leur isolement. C'est également la période où émerge le désir de maternité. Chez les patients atteints de VIH, le développement pubertaire est le plus souvent satisfaisant avec une fertilité préservée. La grossesse représente la possibilité d'être enceinte, vérifier une fonction du corps. Confrontés à la vision d'un futur incertain, ces adolescents se questionnent sur la responsabilité morale de procréer. Elles culpabilisent de pouvoir infecter leur enfant, et de reproduire ainsi leur histoire alors que certains peuvent en faire le reproche à leurs parents (Beaupretre & Sauvaget, 2009).

2.3. LA NOTION D'IDENTITE

2.3.1. Des considérations sur l'identité

L'identité est probablement la chose la plus fragile et la plus énigmatique qui soit. Il paraît dès lors très difficile d'en donner une définition tant cette notion semble en réalité concerner ce qu'il y a de plus intime en nous et peut être de plus mystérieux. L'identité renvoie à un ensemble de significations plus ou moins éloignées entre elles, en fonction des approches, des modèles, du champ épistémologique auxquels elle se réfère (Jung, 2015). En ouvrant un dictionnaire de la langue française, on constate que l'identité recouvre cinq sens ou nuances de sens : ils expriment la similitude, l'unité, l'identité personnelle, l'identité culturelle et la propension à l'identification (Baudry & Juchs, 2007).

La notion d'identité aurait donc un caractère polysémique. Certains auteurs appartenant à des domaines de recherches (Erikson, 1972 ; Iogna-Prat, 2005; Lipiansky, 1992; Langbaum, 1977; Taylor, 1998) font recours à la notion d'identité pour appréhender la complexité des relations sociales. Ainsi, la notion d'identité est d'un usage massif mais récent dans le champ des sciences sociales. Associées à la psychologie et à la sociologie dans les années cinquante aux Etats-Unis, le terme d'identité bénéficie de l'aura de ces disciplines dont on pense alors qu'elles peuvent expliquer les secrets de la condition humaine (Baudry & Juchs, 2007).

Battistini (1955) mentionne l'apport de la philosophie qui s'empare dans un premier temps des interrogations suscitées par l'identité. Au moyen âge, le terme d'identité permet d'exprimer la conformité au groupe (Iogna-Prat, 2005). Plus récemment les empiristes des XVII^e et XVIII^e siècles ont usé de ce terme pour poser le problème de l'identité personnelle (Langbaum, 1977 cités par Baudry & Juchs, 2007). John Locke, en particulier s'est heurté à la question de l'unité de l'identité personnelle dans le temps, qu'il résolut en postulant qu'une personne est une conscience de soi incarné capable de garder à l'esprit les phases successives de son existence (Chauvier, 2016). Par la suite, au XIX^e siècle, Wilhelm, a déplacé la question de l'identité dans le champ des rapports sociaux. L'identité résulte alors de la reconnaissance réciproque du moi et de l'autre, elle naît d'un processus conflictuel où se construisent des interactions individuelles, des pratiques sociales objectives et subjectives (Taylor, 1998 cités par Baudry & Juchs, 2007). Au XX^e siècle, la question d'identité s'enrichit grâce à son développement dans les divers champs de la connaissance.

La psychologie s'empare du concept et met avant tout l'accent sur l'individu. Pour Freud (1920) et la tradition freudienne, les identités se construisent dans le conflit : entre l'identité pour soi et l'identité pour autrui, d'une part ; entre les différentes instances de la personnalité de l'individu que sont le Ça, le Moi et le Surmoi, d'autre part (Oppenheimer, 2002 cités par Baudry & Juchs, 2007). C'est Erikson (1972) surtout qui joue un rôle central dans la circulation du terme d'identité et dans l'engouement qu'il rencontre dans les sciences sociales. Psychanalyste de formation, il entre en contact avec l'école culturaliste américaine, plus particulièrement avec les écrits de Kardiner et de Mead (Bonte & Izard, 2002 cités par Baudry & Juchs, 2007). Ces anthropologues s'attachent à relier les caractéristiques psychologiques des individus et les expressions particulières des cultures dans lesquelles ils évoluent. Influencé par ces travaux, Erikson tente de dépasser la théorie freudienne dans son ouvrage *Enfance et société*, paru en 1950, en soulignant le rôle des interactions sociales sur la construction de la personnalité (Baudry & Juchs, 2007).

Baudry et Juchs (2007) note que le concept d'identité tend également à se diffuser par le biais de la sociologie et de l'anthropologie selon des perspectives différentes. Au sein de l'anthropologie française du XX^e siècle, les analyses se concentrent d'abord sur le concept de personne. La notion invite à s'interroger sur les systèmes de pensées qui confèrent à l'être humain une identité, ainsi que sur le statut de la personne. Dans cette perspective, ce sont les analyses de Mauss (1950) cité par Baudry et Juchs (2007) qui s'avèrent fondamentales car celui-ci entend entre autres montrer la « personne humaine », dont la reconnaissance et l'identité peuvent varier selon les situations ou les moments sociaux traversés par l'individu, se constitue dans la société.

Quant à l'anthropologie structuraliste, il relie l'identité d'ailleurs de manière indissociable à l'ethnicité. Dans cette perspective, l'identité ethnique apparaît comme une réalité fondamentale et universelle de la vie sociale, ce qui revient à postuler de manière implicite que l'identité est une donnée immuable et naturelle (Baudry & Juchs, 2007). Toutefois, ce postulat sera remis en question par Barth (1969) qui montre que les identités sont créées et maintenues par le jeu des interactions entre les groupes. Lui-même s'inspire d'une théorie développée par la sociologie, l'interactionnisme symbolique qui est une théorie visant à expliquer comment se constituent les catégories de la vie sociale au cours des activités d'ensembles complexes de groupes ou d'individus en coopération ou en opposition. Dans l'interaction, plusieurs composantes de l'identité s'élaborent et entrent alors en jeu.

L'identité sociale, d'abord, résulte de la conformité ou de la non-conformité entre l'impression première produite par autrui et les signes qu'il manifeste (Goffman, 1963 cités par Baudry & Juchs, 2007). L'identité personnelle, ensuite, s'articule autour du contrôle de l'information dans une situation relationnelle donnée (Baudry & Juchs, 2007).

Nous pouvons donc voir que l'identité est fonction soit de l'appartenance sociale, de la culture, des systèmes de représentations ou soit de la reconnaissance à l'autre.

2.3.2. Typologies de l'identité

« *On sait qui on est surtout en sachant qui on n'est pas* » (Breton, 1994, p.65 cité par Camponovo, 2017)

Nous avons choisi de commencer par cette citation afin de montrer combien il reste difficile à chacun de se définir. En effet, comme le remarquent plusieurs auteurs (Waters, 1994 ; Camilleri, 1996; Dortier, 1994; Temple 2005; Pilar, 2008) cité par (Camponovo, 2017), l'identité n'est pas une entité « *préconstruite* » et assignée à un individu depuis son enfance. Il s'agit plutôt d'un processus dynamique en perpétuel mouvement, caractérisé par des crises et des ruptures (Lipiansky, 1992). Aebischer et Oberlé (2012) cité par Camponovo (2017) définissent l'identité plutôt comme « *un processus actif et conflictuel* » (p.53). Au cours de sa vie, le sujet doit fournir un travail dans le but de faire coexister ses propres comportements et pensées, en fonction des circonstances auxquelles il se voit être confronté (Camilleri, 1996 ; Lipiansky, 1992). Comme le précise Dubar (2000) cité par Hedoux (2002) dans les sociétés contemporaines, chacun possède plusieurs identités. L'individu « appartient à différents ensembles locaux, culturels, professionnels, politiques, correspondant à autant de statuts ». L'identité peut être vue comme le résultat entre la tendance du sujet à maintenir une certaine continuité dans ses expériences de vie et dans son identification à des groupes spécifiques (famille, camarades, quartier, etc.) et importantes pour lui (Lipiansky, 1995). Ruano-Borbalan (1998) et Pilar (2008) cité par Camponovo (2017), expliquent que l'identité se définit par la relation entre de nombreux facteurs appartenant au quotidien de l'individu, tels que « sa famille, sa culture, la communauté, son école, son environnement professionnel, ses pairs » (Pilar, 2008, p.56 cité par Camponovo 2017). A partir de ces descriptions, nous pouvons remarquer que la notion d'identité est le produit d'un équilibre entre l'individuel et le social. Les nombreuses lectures concernant la thématique de l'identité montrent que les divers auteurs donnent une valeur différente à l'aspect personnel et social caractérisant l'identité.

Certains auteurs, dont Dubar (2000), privilégient l'aspect social, au détriment d'autres et donnent plus d'importance à l'aspect personnel de l'individu (Camponovo, 2017).

Pour clarifier la notion d'identité, nous allons définir de manière distincte et précise, les deux facettes qui la définissent.

2.3.2.1. L'identité sociale

L'identité sociale, selon la définition la plus courante, est relative à l'appartenance de l'individu à des catégories bio-psychologiques (le sexe, l'âge), à des groupes socioculturels (ethniques, régionaux, nationaux, professionnels...) ou à l'assomption de rôles et de statuts sociaux (familiaux, professionnels, institutionnels...) ou encore d'affiliations idéologiques (confessionnelles, politiques, philosophiques...). A ces groupes d'appartenance ou de référence sont associés à des modèles idéaux, des représentations, des sentiments qui marquent certaines zones de la conscience de soi. Tajfel (1972) indique, par exemple, que « *l'identité sociale d'un individu est liée à la connaissance de son appartenance à certains groupes sociaux et à la signification émotionnelle et évaluative qui résulte de cette appartenance* » (p.292). Dans chaque culture, en effet, les catégories, les groupes, les rôles sociaux, les idéologies apportent avec eux des prototypes valorisés, des figures de références, des exemples approuvés, offerts comme modèles identificatoires à l'individu (« Les hommes tiennent à se proposer des exemples et des modèles qu'ils appellent héros » écrivait Camus). Ces modèles intériorisés fournissent un support et un contenu à l'identité sociale qui est à la fois une identité pour soi (comme vécu subjectif) et pour autrui (comme caractéristiques permettant d'identifier un individu de l'extérieur).

Si l'on retient cette notion d'une identité « extérieure », identité pour autrui qui s'actualise sur les relations sociales et d'une identité « intérieure », identité intime pour soi, largement soustraite à la communication avec autrui, le concept d'identité sociale peut trouver une nouvelle définition. Il ne se limite plus à l'appartenance ou la référence à des groupes sociaux, dont le sujet tire une certaine perception et certains sentiments de lui-même. Notons d'ailleurs que le terme de groupe est ici imprécis : il renvoie, comme nous l'avons montré, aussi bien à des catégories biopsychologiques (comme le sexe et l'âge), à des milieux socioprofessionnels (classes sociales, catégories professionnelles...), à des communautés historiques et culturelles (groupes ethniques, cultures régionales, nations...) qu'à des affiliations institutionnelles et idéologiques (organisations, Églises, partis, écoles de

pensée...). Si tous ces « groupes » influencent l'identité des individus qui y participent, c'est parce qu'ils proposent des systèmes de valeurs, des modèles de conduite, des représentations types du « bon membre » ainsi qu'un registre de rôles prescrits ; c'est à travers ces images identificatoires, ces représentations normatives et ces schèmes d'interaction que le milieu environnant modèle l'identité sociale des individus (Edmond, 2014).

L'identité sociale désigne donc la représentation de soi que le sujet cherche à construire et à donner dans les interactions où il est impliqué, représentation qui demande à être reconnue et confirmée par autrui et qui s'élabore toujours en relation avec les modèles culturels et sociaux. Par là même, l'identité sociale présente de multiples facettes correspondant aux divers rôles sociaux et situations interactives dans lesquels le sujet est engagé, et aux styles spécifiques avec lesquels il les assume ; car, ainsi qu'on l'a noté, le rôle constitue à la fois un modèle extérieur, socialement prescrit, et une expression singulière exprimant la personnalité de l'acteur.

De même, Lipiansky (1995) donne aussi une définition d'identité sociale. L'auteur considère qu'elle peut être vue comme une « totalité dynamique » et pas comme le produit entre la conscience personnelle de l'individu et ses multiples rôles sociaux. Elle est le résultat « de stratégies identitaires par lesquelles le sujet tend à défendre son existence et sa visibilité sociale, son intégration à la communauté, en même temps qu'il se valorise et recherche sa propre cohérence » (Lipiansky, 1995, p.145). Elle dépend donc de la capacité de socialisation de chacun (Dubar, 2015). C'est grâce à la dynamité des relations sociales auxquelles le sujet est exposé que l'identité sociale se développe. « L'identité n'apparaît pas comme la juxtaposition simple des rôles et des appartenances sociales » (Bobalan, 1998, p.7), mais c'est à travers des processus d'assimilation ou de différenciation que l'individu construit son identité (Camilleri, 1996).

Calin (2003) explique que les individus ont tendance à se définir socialement à partir de la naissance de sentiments privilégiés envers un ou plusieurs groupes d'appartenance. Le groupe joue un rôle très important dans la construction de l'identification individuelle. Il agit comme un « catalyseur » qui permet à l'individu de se socialiser et à son tour, l'individu arrive lui-même à se définir comme membre d'un groupe (Ruano-Borbalan, 1998). En intériorisant les groupes d'appartenance, le sujet développe plusieurs « nous » qui lui permettent de s'identifier à de multiples communautés (Lipiansky, 1995). Mead cité par Lipiansky (1992) explique que « *si l'individu se reconnaît une identité, c'est pour une grande*

part en adoptant les points de vue des autres, celui du groupe social auquel il appartient et celui des autres groupes : le soi est essentiellement une structure culturelle et sociale qui naît des interactions quotidiennes » (pp.25-26). L'identité sociale se fonde sur les caractéristiques qui définissent les groupes auxquels le sujet appartient. L'individu est « compris selon ses actions, ses intentions et ses attitudes » (Pilar, 2008, p.57), car celles-ci sont partagées par les membres de la même communauté.

Rodriguez-Tomé (1972) cité par Edmond (2014) parle plutôt de « l'image sociale de soi » (p.29) pour désigner l'identité sociale. Il définit l'image sociale de soi comme conscience de soi pour autrui, dans le sens où l'autre est sa source et son destinataire ; cependant lorsqu'il écrit : « Nous appelons image sociale de soi celle qui se constitue justement à partir des indices sur soi-même que l'individu reconnaît comme venant d'autrui ou qu'il attribue à autrui », il semble donner à cette notion un contenu assez limité ; en effet, si l'image sociale est bien conscience de soi pour autrui, on ne saurait la restreindre, à notre avis, à l'image que l'on pense que les autres se font de soi ; elle correspond plutôt à l'identité que le sujet se ressent et actualise dans ses relations aux autres.

2.3.2.1. L'identité intime/identité personnelle

La notion d'identité personnelle, renvoie le plus souvent à la conscience de soi comme individualité singulière, douée d'une certaine constance et d'une certaine unicité. Selon Tap (1988) cité par (Edmond, 2014) :

En un sens restreint, l'identité personnelle concerne le sentiment d'identité (idem), c'est-à-dire le fait que l'individu se perçoit le même, comme identique à lui-même dans le temps. En un sens plus large, on peut l'assimiler au système de sentiments et de représentations de soi, par lequel celui-ci se spécifie, se singularise (is dem) (p.69).

En psychologie, l'identité personnelle fait appel à la notion de permanence, c'est à dire, à ce qui demeure identique à soi-même (Jung, 2015). Dans le champ psychanalytique, l'identité intime/identité personnelle est beaucoup plus marquée par le corps et ses pulsions, par les émotions et les affects, par l'imaginaire. Le fait qu'elle soit inaccessible à autrui permet son étayage plus direct sur les sentiments narcissiques, les rêves de toute-puissance, le désir, la recherche d'amour et de séduction. Mais, elle est plus vulnérable aussi aux blessures narcissiques, aux sentiments d'échec et de dévalorisation, aux complexes d'infériorité. (Edmond, 2014). Rodriguez-Tomé (1972) parle d'une image propre qui se présente « sous la

forme d'un agencement de traits de personnalité que le sujet admet comme lui appartenant ; c'est un ensemble de caractéristiques telles que dispositions, habitudes, tendances, attitudes ou capacités, à quoi s'ajoute ce qui relève de l'image du corps propre » (p.28). Là aussi, cette définition peut sembler trop restrictive ; il n'est pas sûr, en outre, que le sujet se perçoive comme « un agencement de traits » (Edmond, 2014).

Par ailleurs, pour Lipiansky (1992), chacun construit son identité personnelle dès les premières années de sa vie. L'auteur met l'accent sur des processus internes au sujet, tels que le développement progressif d'une identité corporelle et sexuelle. D'une autre manière, Pilar (2008) cité par Camponovo (2017) met l'accent sur les « sentiments, représentations, expériences et les projets d'avenir se rapportant à soi » (p.57). Les expériences personnelles et singulières et l'interaction de dimensions multiples et complexes, liées à la psychologie de l'individu, aux relations familiales et aux dimensions corporelles et sexuelles de chacun permettent au sujet de développer une identité propre et individuelle (Calin, 2003 & Lipiansky, 1992). Tout cela permet à chacun de dire « je suis moi » (Lipiansky, 1992). Ruano-Borbalan (1998) cité par Camponovo (2017), précise que c'est par ces étapes successives que le sujet, à travers la confrontation avec les autres membres des groupes auxquels il appartient, construit son identité. Les représentations et les valeurs qu'il assimile lui permettent de sélectionner ses actions et ses relations sociales.

Cependant, si les notions d'identité sociale et personnelle ont chacune leur consistance et ont donné lieu à de nombreuses opérationnalisations et recherches spécifiques, leur articulation reste le plus souvent implicite ou rudimentaire. Il semble qu'en général l'identité sociale soit conçue comme une zone de l'identité personnelle ou que les deux se juxtaposent et se combinent au sein de la personnalité ; ainsi Tap (1988) cité par (Edmond, 2014) écrit :

Mon identité, c'est donc ce qui me rend semblable à moi-même et différent des autres, c'est ce par quoi je me sens exister en tant que personne et en tant que personnage social (rôles, fonctions et relations), c'est ce par quoi je me définis et me connais, me sens accepté et reconnu, ou rejeté et méconnu par autrui, par mes groupes ou ma culture d'appartenance (p.69).

En résumé, l'identité revêt un caractère dialectique, il n'y a pas de rupture entre l'identité sociale et l'identité personnelle. Ce sont plutôt deux pôles d'un même continuum : « À un pôle de ce continuum (le pôle social), les individus sont considérés en tant que membres interchangeables d'un groupe, tandis qu'à l'autre pôle (le pôle personnel) ils sont traités dans leur singularité et spécificité individuelles » (Lorenzi-Cioldi & Doise, 1994, p.76 cité par

Ouellet, 2007). L'identité sociale renvoie donc à des caractéristiques sociales objectives (sexe, âge, métier, etc.), en vertu desquelles l'individu s'octroie et se voit octroyé une position sociale à l'intérieur d'un groupe donné (Lipiansky & al., 1990 :22 cité par Ouellet, 2007). L'identité personnelle, quant à elle, renvoie à la dimension subjective de l'individu. Elle se rattache au monde intérieur de l'individu et lui fournit une représentation de lui-même (Codol, 1997 cité par Ouellet, 2007). Si le pôle social permet à l'individu d'intégrer un groupe de pairs, le pôle personnel permet à l'individu de porter un regard réflexif sur lui-même. C'est ainsi que l'identité se déploie tant à travers « *l'expérience personnelle* » qu'à travers l'adhésion « *aux idéaux et aux modèles culturels* » (Lipiansky, 1990, p.11). Les deux pôles dialectiques de l'identité se conjuguent à travers le récit personnel pour créer ce que Martucelli (2002) cité par Ouellet (2007) désigne comme étant « *l'identité narrative* » (pp.368-369). L'identité est un espace où l'individu se forge, par le récit, un sentiment de continuité au travers du temps et, parfois même, un sentiment de cohérence interne lui permettant justement de se saisir narrativement comme étant un individu singulier, mais toujours à l'aide d'éléments sociaux et culturels.

2.3.3. Construction de l'identité

Dans la littérature scientifique, les références à la notion d'identité sont abondantes et polysémiques. On retrouve cette notion à la fois en philosophie, en psychanalyse, en psychologie, en anthropologie, en science politique, en sociologie, etc. Bien que chaque discipline conceptualise la notion, de manière spécifique, les approches qui traitent d'identité, ont cependant un postulat commun : pour qu'il y ait identité, il doit d'abord y avoir reconnaissance.

[...] le sujet ne se reconnaîtra lui-même comme tel que par la médiation de sa reconnaissance par autrui (Hegel, Mead, Piaget, Lacan et Erikson), laquelle implique qu'il reconnaisse lui-même autrui comme identique à soi-même dans cette qualité de sujet (alter ego) sous le chef de cette reconnaissance mutuelle; dès lors l'identité se dédouble en une identité propre, singulière (celle qui est vécue par la personne sous la condition ou dans l'attente de la reconnaissance d'autrui, et qui s'offre et s'ouvre ainsi à autrui) et une identité partagée, collective, qui se déploie a priori devant et autour de tous les sujets singuliers comme le cercle de ceux à qui s'adresse virtuellement leur attente de reconnaissance et auxquels ils offrent – fût-ce toujours conditionnellement, partiellement et avec de nombreuses réserves hiérarchisées - cette ouverture de leur identité subjective (Freitag, 2002, pp.183-184 cité par Ouellet, 2007).

C'est en reconnaissant l'autre comme un semblable (*idem*) que le sujet établit une relation d'alter ego. Étant reconnu, à son tour, par l'autre, il se reconnaîtra lui-même (*mêmeté*). Vu que l'identité se compose d'une part sociale (« ces autres sont mes semblables ») et d'une part personnelle (« je suis un être singulier »), on dira que l'identité se façonne à travers une tension dialectique.

Un paradoxe apparaît alors : l'identité est d'abord reliée à ce qui est perçu comme « *identique* » mais aussi, au contraire, à ce qui est « *distinct* ». De là, découle la dialectique irréductible entre le sujet et autrui, entre l'individu et la société. En effet, l'homme dépend dès sa naissance d'autrui, à commencer par son premier objet d'amour, que Freud (1887-1902) cité par Maatouk (2016) appelle dans une de ses lettres à Fliess, « *cet autre personnage préhistorique, inoubliable, que nul n'arrive plus tard à égaler* » (p.159). Tout au long de son parcours, il tendra à s'en détacher et à revendiquer son indépendance par rapport à lui tout en affirmant son appartenance à une société et à une culture donnée et tout en étant en relation continue avec les autres. Et c'est particulièrement au cours de la crise d'identité propre à l'adolescence, que le sujet revendique le plus son indépendance par rapport aux figures parentales tout en y demeurant lié (De Mijolla, 1999).

Cela nous amène à aborder la question des identifications en lien avec le concept d'identité. Laplanche et Pontalis (2002) définissent l'identification comme étant le « *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* » (p.187). Ainsi, le sujet « *introjecte l'objet dans le moi* » (Freud, 1921, p.170) qui peut alors devenir cet objet ou s'en approprier des parties en les intégrant à son identité.

Pour Erikson (1972), les multiples identifications d'un sujet (depuis son enfance jusqu'à l'âge adulte), constituent les prémisses de la construction de l'identité de celui-ci. Pour se faire, Erikson (1972) affirme que le sujet atteint un nouveau stade à chaque fois qu'il acquiert de nouvelles capacités. L'auteur affirme toutefois que, l'adolescence représente le moment fondamental au cours duquel se forme définitivement l'identité d'un sujet. Ceci dit, les multiples événements survenant dans la vie d'un individu, après la période d'adolescence, amènent certes des transformations au niveau du problème de l'identité, mais pas au niveau du noyau de l'identité. L'identité est donc une quête et un processus continu, qui s'effectuent tout au long de la vie d'un individu.

De nombreux auteurs psychanalytiques partagent également ce point de vue (Greenacre, 1958 ; Grinberg & Grinberg, 1974 ; Jacobson, 1964 ; Mahler, 1958). Cependant, ces auteurs s'accordent pour affirmer que la construction de l'identité par le biais de ces multiples identifications, constitue un processus fort complexe puisque le sujet doit en plus gérer les liens qui les relient entre elles. De plus, à l'adolescence, les identifications antérieures ne sont pas, comme on pourrait le croire, abandonnées au détriment d'autres qui répondent davantage aux idéaux du moi du sujet, mais elles sont plutôt intégrées à l'identité sous un autre mode : d'où le difficile travail de quête d'identité propre à l'adolescence. Mais qu'en est-il de la place du corps dans la construction de l'identité d'un sujet ? Pour Tap (2005), une relation étroite existe entre l'identité et l'image de soi dans le sens où selon lui, « *on ne peut comprendre l'identité personnelle sans prendre en compte la façon dont le sujet se situe par rapport à son propre corps [...]* » (p.300). Il rejoint ainsi Dolto (1984) pour qui, l'identité d'un sujet se trouve d'abord inscrite dans son corps qui va être le médiateur de l'image de base.

Par ailleurs, tout comme Erikson, de nombreux auteurs conçoivent l'adolescence comme une période fondamentale amenant une consolidation de l'identité (Cahn, 1998 ; Green, 1977). D'autres, comme Lichtenstein (1961) par exemple, considèrent que l'identité se consolide plutôt au cours des premières années de la vie de l'enfant.

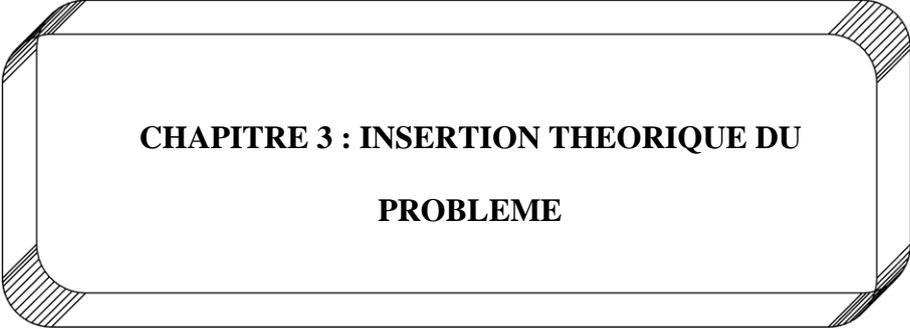
Selon Green (1977), trois éléments permettent de définir l'identité personnelle à savoir « l'unité » qui renvoie selon lui, à la représentation relativement structurée et unifiée que l'individu se fait de lui-même et que les autres se font de lui, et donc à la cohésion du moi ; la « continuité » qui est le sentiment de rester le même au fil du temps. A ce propos, Erikson (1972) affirme que l'identité c'est « *le sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle (sameness) et d'une continuité temporelle (continuity)* » (p.14). Et enfin la « reconnaissance du même », qui permet à un individu de se reconnaître comme étant semblable à autrui ».

De par la définition d'Erikson (1972), ce dernier semble d'accord considérer l'identité comme étant le résultat dynamique et simultané d'interactions autant intrapersonnelles (caractéristiques internes propres à un individu) qu'interpersonnelles (nature des rapports avec autrui, etc.). De ce fait, l'identité est autant reliée aux caractéristiques internes d'un individu (qui sont à la base du sentiment de similitude et de continuité d'être) qu'aux dimensions sociales et culturelles dans lesquelles celui-ci s'inscrit (à travers les mécanismes d'identification, d'imitation, etc.).

Par ailleurs, le caractère dialectique de l'identité est également abordé par certains auteurs (Kastersztein, 1990 ; Ricoeur, 1996 ; Dubar, 1998 ; Martucelli, 2002 ; Honneth, 2004) qui abordent la question d'identité comme un processus dynamique (Ouellet, 2007). L'identité se construit dans une dialectique entre l'autre et le même, la similitude et la différence. Cette dialectique se retrouve au plan de l'interaction entre les tendances à l'assimilation et les tendances à la différenciation (Lipiansky, 1990, p.188).

Selon ces auteurs, l'identité ne constitue pas un objet en soi mais plutôt une structure changeante, en perpétuelle re-définition. Au sein des réseaux d'interaction, familiaux et sociaux, qui situent un individu dans le monde à chaque moment de sa vie, se construit et se reconstruit inlassablement l'ensemble des traits qui le définit, par lequel il se définit face aux autres, et est reconnu par eux (Lipiansky & al., 1990, p.22 cité par Ouellet, 2007). Afin, à travers les changements, d'assurer un sentiment de cohérence (ipséité) et un certain degré de permanence (mêmeté), l'individu développe une représentation de soi émanant du « noyau dur » de ses caractéristiques identitaires. De telle sorte que malgré les multiples transformations dont nous sommes le théâtre, nous restons encore la « même » personne, et ce sentiment est d'autant plus plausible et fort que, juridiquement, la société moderne est fondée sur une injonction de continuité imposée à l'individu (Martucelli, 2002, p.369 cité par Ouellet, 2007). Cependant, comme le souligne Kastersztein (1990) cité par Ouellet (2007), « La structure identitaire n'est évidemment pas d'une plasticité totale » (p.30). Il arrive que des individus se retrouvent pour différentes raisons, en situation de rupture face à eux-mêmes. Ces derniers sont alors plongés au cœur d'une crise identitaire (Dubar, 2000 cité par Ouellet, 2007).

Nous avons passé en revue les notions centrales de notre sujet d'étude. Il sera question dans le chapitre suivant de présenter les théories explicatives des réaménagements identitaires chez les adolescents infectés par le VIH/sida et de présenter celles auxquelles nous allons nous référer.



**CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUE DU
PROBLEME**

Dans cette partie de notre travail consacrée aux théories explicatives, il sera question de mieux saisir comment est-ce que chacun de ces modèles aborde le réaménagement identitaire et les capacités créatrices. Ainsi, aucune science ne peut définir « l'identité totale » d'un acteur, chaque science en propose une approche, un point de vue qui s'apparente à la perception partielle de la subjectivité humaine. « L'identité totale » reste virtuelle (Mucchielli, 2011, p.5).

3.1. POSTULATS THEORIQUES DU REAMENAGEMENT IDENTITAIRE

3.1.1. Approches Constructivistes et théories du *Self*

3.1.1.1. Vers une approche Constructiviste de l'identité

Le constructivisme est d'abord une posture épistémologique selon laquelle la réalité n'est pas immédiatement connaissable mais construite par l'esprit humain. Le terme « *constructivisme* » a été proposé par Piaget (1977) dans le cadre de son projet d'épistémologie génétique pour désigner le processus de construction des connaissances qu'il a étudié chez l'enfant, la psychologie de l'enfant n'étant pour lui que le moyen de parvenir à une théorie générale de la construction des connaissances. Pour Piaget (1959, cité par Chamak, 2004), c'est tout le psychisme qui est construit à partir de l'activité cérébrale du sujet en contact avec l'environnement, traduisant simultanément une prise de conscience de soi et une connaissance du réel. Le psychisme relève donc de l'activité biologique et d'une histoire individuelle et la cognition peut être conçue autrement que comme un simple traitement de l'information (cognitivisme et première cybernétique).

Toutefois, la conception piagétienne du constructivisme ne nous éclaire pas sur le rapport à soi et sur la construction identitaire. Il s'agit de la construction de la réalité par le sujet et du construit. Ainsi, Kelly (1955) dans son modèle, explique le fonctionnement des construits par la métaphore du chercheur : toute personne est un chercheur qui interprète de façon active son univers et procède à des catégorisations qui donnent du sens aux événements, aux situations, aux relations et aux actions des personnes et de soi-même. Les construits qui permettent cette catégorisation sont des dimensions bipolaires qui permettent d'abstraire en regroupant des éléments observés en fonction de leur similitude et de les discriminer en fonction de leurs différences (Huteau, 1985). Les construits sont donc des « théories implicites » élaborées à partir des régularités observées et qui permettent d'anticiper et de décider ou de changer ses actes personnels. La théorie de Kelly (1955) peut être considérée

comme une formulation psychologique des principes de Rogers : il s'agit d'aider le consultant à mettre à jour son système de construits, à prendre conscience de la façon dont ils s'organisent dans son esprit, à repérer les éléments de dissonance et à modifier ce système de construits en l'enrichissant ou en le modifiant.

Pour Evola (2010) « *le constructivisme est basé sur l'hypothèse que, en réfléchissant sur nos expériences, nous construisons notre propre vision du monde dans lequel nous vivons. Chacun de nous produit ses propres règles et modèles mentaux, que nous utilisons pour donner sens à nos expériences* » (p.8). Aussi, Le Moigne (1994) affirme que « *l'épistémologie constructiviste est une épistémologie de l'invention ou de la poïèse, c'est-à-dire de l'autoproduction ou de la production originale par le faire* » (p.25). Elle ne vise pas à découvrir l'univers. Elle vise à construire, à inventer, à créer une connaissance, à donner une interprétation ou un sens à des phénomènes. Il ne s'agit donc point de constituer ou de reconstituer une réalité extérieure à l'intérieur, mais bien de construire sa propre réalité à partir de son système de perception.

Albernhe et Albernhe (2008) recensent cinq postulats comme base de la vision constructiviste :

- Postulat 1 : le fait de percevoir modifie au fur et à mesure la perception elle-même ;
- Postulat 2 : la réalité perçue est interprétation construite par et à travers la communication ;
- Postulat 3 : la perception de la réalité est différente selon les individus ;
- Postulat 4 : l'affectivité conditionne l'interprétation de la réalité ;
- Postulat 5 : chacun est enfermé dans sa propre construction de la réalité (p.99).

Pour résumer, la connaissance que le sujet peut construire d'un réel est celle de sa propre expérience du réel (l'auto-référence). Cette connaissance évaluée de l'expérience du sujet cogitant doit enfin lui être accessible par la médiation artificielle de représentations construites par lui à l'aide de systèmes de symboles : cette représentation construit la connaissance qu'ainsi elle constitue.

Ces interprétations (les représentations), dans les théories constructivistes, prennent la forme de discours répandus dans la société (mythes). Plus ceux-ci sont partagés par un grand nombre de membres de la société, plus facilement ils deviendront des réalités objectives.

Ainsi, Berger et Luckmann (1986) sont d'avis que les connaissances qui sont tenues comme vérité ou même comme réalités objectives dans la société sont le fruit du phénomène de l'institutionnalisation. Il s'agit en fait de connaissances humaines développées en société, transmises de génération en génération et maintenues par la société elle-même. Le constructivisme prend donc un essor grâce au développement des théories de l'autonomie et de l'autopoïèse au cours des années 1980 (Le Moigne, 1994).

3.1.1.2. Théorie Constructiviste du Self

Bruner (2002) dans sa théorie du self, met plutôt l'accent sur la culture. Il conçoit d'une part le *self* comme le produit de l'histoire et des situations dans lesquelles se trouve la personne et, d'autre part, comme le produit de la réflexivité humaine. Par ses propos, il conçoit également le self comme : « *notre capacité à nous retourner vers le passé et à modifier le présent à la lumière du passé, ou le passé à la lumière du présent* » (p.119). Le *self* n'est pas intuitivement évident, c'est une construction qui procède autant de l'intérieur de la mémoire, des sentiments, des croyances, de la subjectivité que de l'extérieur, de l'estime que les autres nous portent, des attentes que nous reconnaissons très tôt dans nos différents contextes de vie, et de notre culture.

Bruner, rejetant tout essentialisme, met ici en question la conception du *self* comme centre de conscience, de motivations, de cognitions, unique et intégré. Il y substitue l'image d'un self « distribué » parce que lié au réseau des autres et dépendant d'eux (Bruner, 2002) : le self, pour lui, est transactionnel. La capacité « *à entrer en transaction avec autrui pour mener avec lui sa propre vie, à partir d'intuitions sur la vie de l'esprit de l'autre* » (1986/2000, p.82) est très précoce chez l'enfant et l'usage mutuel et conjoint du langage avec autrui lui permet la compréhension de l'esprit d'autrui, la négociation avec lui et la création de réalités partagées (p. 85). Le self ne peut être indépendant de cette existence conjointe dont on peut dire qu'elle est historique, contextuelle et culturelle. Nos approches du monde se produisent à travers des transactions avec autrui dont les récits constituent l'essentiel car pour Bruner, notre sensibilité aux récits est le lien principal entre le self et autrui. Bruner note également la fonction du récit autobiographique et l'idée que le self est un récit permanent (Bruner, 2002). Notre capacité à restituer l'expérience en termes de récits n'est pas seulement un jeu d'enfant : c'est un outil pour fabriquer de la signification, qui domine l'essentiel de notre vie au sein d'une culture. Nous pouvons par le récit que nous en faisons, reconceptualiser le passé et par notre capacité à trouver des alternatives, fabriquer d'autres

manières d'être, d'agir ou de lutter. La pratique du récit et du conte se nourrit évidemment dans la réserve de culture narrative d'une société donnée (ses histoires, ses mythes, ses genres littéraires). Les façons de parler de soi évoluent avec le temps personnel, c'est-à-dire avec l'âge et la succession des contextes significatifs, et avec le temps social, c'est-à-dire avec l'évolution des formes narratives, avec les modes des récits de soi : « *ce sont des sortes de sermons, des synopsis tout préparés destinés à organiser le récit que nous faisons de nous-mêmes* » (Bruner, 2002, p.59). Ces « modèles de personnalité » ne sont cependant jamais catégoriques et laissent de l'ambiguïté et donc une marge de manœuvre pour se construire comme unique et différent d'autrui. C'est en comparant les récits que nous produisons sur nous-mêmes avec ceux que les autres nous proposent d'eux-mêmes que nous y parvenons. Le récit de soi que nous racontons aux autres dépendent ainsi de ce que nous pensons qu'ils pensent que nous sommes et de ce que nous pensons que les autres attendent de nous. La définition du self que donne Bruner, et que nous reprenons ci-dessous, condense différentes perspectives de sa théorie puisqu'elle est à la fois constructiviste, développementale, contextuelle, discursive et descriptive :

Le self est une construction [...]. Le self est un texte qui dit comment nous sommes situés par rapport aux autres et par rapport au monde ; je crois qu'il s'agit d'un texte qui nous parle de compétences et de capacités, de dispositions, et qui évolue tandis que nous passons de l'état de jeune à celui d'adulte, ou que nous passons d'un cadre à un autre. L'interprétation qu'un individu fait de ce texte in situ est le sens qu'il a de lui-même dans cette situation. Il est fait d'espairs, de sentiments d'estime et de pouvoir, etc. (Bruner, 1986/2000, p.156)

Ainsi, le courant constructiviste comprend la réalité comme un terme subjectif, socialement construit par une activité communicationnelle, qui varie selon le temps, l'espace, le contexte, la culture et les différents consensus obtenus dans la société.

3.2. THEORIES DE LA CREATIVITE

Jusqu'aux années 1950, le thème de la créativité était abordé sous les vocables d'invention, d'imagination ou de génie. Les études entreprises par Guilford (1949) cité par Guerin (1992) au début de cette décennie marquèrent un tournant en portant l'intérêt sur la créativité. Depuis lors, de nombreuses recherches inspirées par différents cadres conceptuels ont conduit à l'élaboration d'une multitude de théories et de définitions.

Afin de s'y retrouver et de mieux situer les divers courants de pensée touchant la créativité, nous avons retenu deux théories orientées vers l'individu ou la personne. Il s'agit des théories psychanalytique et humaniste de la créativité.

3.2.1. Théorie psychanalytique de la créativité

3.2.1.1. Vers une approche de la créativité à partir du fonctionnement psychique

La théorie psychanalytique, considère que tout organisme dispose d'une certaine quantité d'énergie ou libido, énergie puisée dans le milieu ambiant et dont le niveau doit être maintenu constant par le moi. Une partie de cette énergie est utilisée pour le maintien de la vie ; le surplus qui tendrait à perturber l'équilibre de l'organisme est libérée chez l'adulte par la reproduction biologique, chez l'enfant par la croissance (Clanet, 1972). Mais reproduction et croissance ne suffisent pas à épuiser le surplus d'énergie, le reste doit être canalisé par des activités ludiques (chez l'enfant) et par des activités sublimées et créatrices.

Pour comprendre le processus, nous devons faire intervenir la notion de refoulement. La fonction essentielle du moi est de « maintenir à un niveau constant dans l'organisme la quantité d'excitation (Freud, 1920). Le moi peut être décrit comme un système à deux faces perceptives, l'une dirigée vers l'intérieur, les besoins instinctuels, la deuxième dirigée vers la réalité extérieure grâce aux fonctions sensorielles (Clanet, 1972). Le moi est soumis à deux forces directrices souvent contradictoires : l'affirmation des besoins individuels par les forces instinctives (le ça) et leur négation par le Surmoi, le code social élaboré à partir des premiers interdits parentaux. Les désirs, pulsions, idées qui pourraient être générateurs d'angoisse s'ils parvenaient à la conscience, sont filtrés par un mode primitif de jugement inconscient (la censure) et rejetés, refoulés dans l'inconscient. Mais les forces refoulées ne cessent pas d'exister et leur accumulation compromet les conditions optimales de vie. Ainsi, lorsque les forces, par suite de refoulements excessifs, font irruption hors des barrières du moi, elles s'expriment dans le comportement manifeste à travers une névrose à moins que l'énergie ne soit investie ou déplacée sur un objet non sexuel qui devient un substitut de l'objet initial. Il y a donc déplacement de l'énergie, déplacement aboutissant à des créations plus ou moins spontanées (du rêve à l'œuvre d'art) plus ou moins riches dans la mesure où sur un seul objet ou sur une seule image se condensent plusieurs affects refoulés (Clanet, 1972).

Les activités créatrices peuvent donc être comprises comme des activités de substitution, ainsi que le précise Freud :

Les forces utilisables pour le travail culturel parviennent ainsi en grande partie de la répression de ce qu'on appelle les éléments pervers de l'activité sexuelle...les mêmes voies par lesquelles les troubles sexuels retentissent sur les autres fonctions somatiques, devraient servir chez le sujet normal à un autre processus important.

La psychanalyse traditionnelle tend à faire valoir que la créativité est égale à la névrose et tente d'expliquer la créativité comme étant l'expression d'une profonde psychopathologie. Elle s'intéresse principalement aux motivations inconscientes qui mènent à la créativité et au développement de la personnalité créatrice. Pour Freud (1961) cité par Bujold (1993), la créativité est le résultat du processus de sublimation. La créativité serait un processus de diversion de l'énergie libidinale vers des activités socialement plus acceptables, comme les activités scientifiques ou artistiques.

Freud (1961) voyait les personnes créatrices, et particulièrement les artistes, comme ayant une très grande capacité à sublimer. Malgré le fait que la sublimation est le mécanisme de défense le moins pathologique, la perspective freudienne présente la créativité comme provenant de conflits qui se situent dans l'inconscient (cité par Bujold, 1993).

Selon Freud (1961), la créativité et la névrose partagent la même source, soit les conflits de l'inconscient. La personne créative, tout comme la personne névrosée, est animée par la même force, soit l'énergie de l'inconscient. Ce qui les différencierait c'est que la personne créative laisse émerger le matériel provenant de l'inconscient. Elle est capable de desserrer le contrôle de l'ego de façon à ce que les pulsions créatives, générées par l'inconscient pour résoudre les conflits, puissent être accessibles à la conscience de la personne (Kneller, 1965 cité par Bujold, 1993).

Ensuite, d'autres psychanalystes ont offert des points de vue intéressants. Jung (1966 cité par Bujold, 1993) voyait aussi la créativité comme pouvant provenir de l'inconscient, à cette différence près qu'il considère le processus créateur comme une activation d'une image archétypale et son élaboration dans un ouvrage fini. Toutefois, pour Jung, les idées et les produits créateurs ne dépendent pas seulement de l'inconscient, mais plutôt de l'interaction entre le conscient et l'inconscient. De plus, il n'y a pas cette insistance, présente chez Freud, pour l'aspect pathologique de la personnalité créatrice. Par ailleurs, parmi les successeurs de Freud, l'accent n'est plus tellement sur le lien entre la créativité et la pathologie, il y a plutôt une inclination vers une conception de la créativité comme favorisant la santé mentale.

Parmi les descendants de Freud, Rank (1932 cité par Bujold, 1993) est l'un des psychanalystes qui s'est le plus investi dans la recherche d'une compréhension de la personnalité créative. Il considère la créativité comme un construit central à la compréhension des comportements humains menant vers la santé mentale. Il ne nie pas complètement l'apport de l'inconscient et de la sublimation dans la créativité, toutefois il ne considère pas l'artiste comme étant complètement contrôlé par son inconscient. Il envisage plutôt l'artiste moderne comme étant caractérisé par un degré de conscience plus élevé que l'ancien prototype de l'artiste. L'artiste a conscience non seulement de son œuvre et de sa mission en tant qu'artiste, mais aussi de sa propre personnalité et de sa productivité. D'après Rank (1932 cité par Bujold, 1993), l'individu créateur est représentatif du fonctionnement idéal ou du développement mental idéal chez l'être humain. En ce sens, Rank se situe à la frontière des positions psychanalytique et humaniste concernant la personnalité créatrice (Woodman, 1981 cité par Bujold, 1993).

De son côté, Kris (1952/1978) cité par Bujold (1993) voit la créativité comme provenant du préconscient plutôt que de l'inconscient. La créativité serait une régression au service de l'ego. Ce processus se divise en deux phases : durant la première, celle de l'inspiration, les processus primaires ont accès au préconscient, laissant émerger des impulsions et des associations d'idées sans tenir compte de la logique. Dans la seconde phase, ou phase d'élaboration, le processus secondaire entre en jeu et le moi sélectionne les associations ainsi formées pour les adapter à la réalité et les rendre communicables (Bourgeois, 1979 cité par Bujold, 1993). Le processus créatif implique un « relâchement de l'ego » qui permet à la pensée de se déplacer librement du préconscient au conscient. L'individu a de bonnes chances d'être créatif lorsqu'il peut effectuer aisément ce passage. Toutefois, cette régression n'est pas une tentative de l'inconscient pour réduire l'anxiété, comme c'est habituellement le cas, mais plutôt un essai pour trouver de l'inspiration et induire des prises de conscience.

Kubie (1967) cité par Bujold (1993) remanie substantiellement la position de Kris (1952/1978) sur le rôle du préconscient dans la créativité. Pour Kubie (1967) cité Bujold (1993) le préconscient est la vraie source de la créativité. Kubie (1958) cité par Bujold (1993) croit primordial qu'un équilibre se fasse au niveau des processus de pensées. Si le processus conscient prédomine, la pensée sera trop rigide. Si au contraire, c'est le processus inconscient qui domine, on notera une tendance à se diriger hors de la réalité. Le préconscient maintient l'équilibre entre le conscient et l'inconscient et est considéré comme la source de la créativité.

Cette conception se distingue de la pensée freudienne en ce sens qu'elle attribue un rôle néfaste à l'inconscient et qu'elle relie la majeure partie de l'activité créatrice aux processus préconscients (Leboutet, 1970 cité Bujold, 1993). Il rejette le rôle de l'inconscient dans la créativité, car son influence est plus susceptible d'induire des processus névrotiques qui ont pour effet de bloquer la créativité. Pour Kubie (1958), les processus préconscients seraient importants pour la créativité, puisqu'ils sont reliés à des types de fonctionnement sain et adaptatif, comparativement à la vision de Freud ou de Kris.

Il y a donc une certaine inclination, dans l'évolution de la psychanalyse, à voir la créativité comme étant un effort de l'individu pour se diriger vers la santé mentale. Selon Noy (1979) cité par Bujold (1993), les psychanalystes d'aujourd'hui tendent à combiner ces deux approches et à regarder la personnalité créatrice comme étant caractérisée par une profonde base de psychopathologie maîtrisée par un ego fort et efficace. Ce point de vue est appuyé par Storr (1972) cité par Bujold (1993) qui dit que les personnes créatives peuvent souffrir par moment de symptômes névrotiques, mais que contrairement aux personnes névrotiques, elles ont un ego fort et un pouvoir spécial d'organisation et d'intégration des différentes parties opposées qui sont en elle, sans avoir recours aux différents mécanismes de défense.

En résumé, la théorie psychanalytique postule que le mode de fonctionnement psychique explique la nature créative de la personne. La totalité du processus créatif fait partir inhérente de l'individu et les différents théoriciens utilisent les composantes dynamiques de la personnalité comme seule base d'explication de la créativité.

Par ailleurs d'autres approches permettent de rendre compte du modèle de la créativité. Il s'agit de la résilience via la mentalisation et de l'imaginaire.

3.2.1.2. Résilience et mentalisation

Selon Tisseron (2001), la résilience se définit comme « *la capacité d'une personne ou d'un groupe à bien se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir, en dépit d'évènements de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères* » (Tisseron cité par Ain, 2007, pp.21-22). Cyrulnik quant à lui interroge avec la résilience « *comment reprendre un type de développement après une agonie psychique ?* » (Dans Ain, 2007, p.39).

Golse (2005) poursuit la réflexion en ne se focalisant pas sur les effets négatifs du traumatisme mais bien sur les capacités psychiques mobilisées. Par ses propos :

Ce n'est pas seulement au sujet d'encaisser avec un minimum de dégâts, mais c'est ce qui permet de transformer les catastrophes en occasion de dépassement, c'est-à-dire de faire du traumatisme une sorte de valeur ajoutée, de transformer le négatif en positif, soit ce qui permet au sujet de devenir plus et mieux que ce qu'il serait devenu sans la rencontre avec les événements en cause » (dans Ain, 2007, p.112).

La résilience pose le problème de ses critères d'expression car les auteurs ne l'appréhendent pas de la même façon. Néanmoins, ce qui fait consensus est l'idée de processus complexe multidimensionnel (Henri-Juillard & Mazoyer, 2014).

Pour devenir résilient, un sujet doit réussir à donner du sens à son traumatisme (Henri-Juillard & Mazoyer, 2014). Brissaud (2001), relève que la compréhension par une activité imaginaire débordante et la création artistique peuvent aider à devenir résilient. Le sujet mobiliserait certaines défenses comme le recours à l'imaginaire et le refuge dans la rêverie qui peut donner le courage de transformer la réalité (Henri-Juillard & Mazoyer, 2014). Pour Malrieu (2000), l'imaginaire est facteur de recherche et de dépassement car le sujet se représente cet autrui qu'il voudrait être.

Pour se faire, certains mécanismes de défenses (déli, clivage, humour, intellectualisation) contribuent à fonder la résilience à court terme face au trauma alors que la mentalisation est la seule à même de la structurer plus durablement à long terme (Henri-Juillard & Mazoyer, 2014). De ce fait, la mentalisation est nécessaire pour l'établissement de la résilience (Anaut, 2008).

De Tychey (2001), définit la mentalisation comme le processus intrapsychique qui fonde la résilience. De même, Bergeret (1991) conçoit la mentalisation comme l'utilisation mentale de l'imaginaire. Avec elle, il s'agit de transformer les excitations pulsionnelles en représentation et en affects, ce que Debray (1991) appelait le travail psychique mobilisable face aux conflits de la vie. La mentalisation serait donc la capacité d'élaboration mentale et de recherche de sens la plus adaptative du traitement des tensions (Bergeret, 1991).

En effet, l'imaginaire est essentiel au développement de la pensée symbolique et de la créativité. Il agit comme contenant psychique pour soutenir un moi-peau défaillant (Henri-Juillard & Mazoyer, 2014). Ainsi, l'adolescent infecté au VIH/sida ferait preuve d'imagination pour transformer ses sensations en représentation. En s'enfermant dans son monde imaginaire, l'état d'alerte diminue, l'adolescent éprouverait un sentiment de liberté qui

pourrait lui donner la possibilité de » se représenter et le désir à nouveau de converser avec l'autre.

L'imaginaire participe à l'intégration de la personnalité et même à la compréhension des autres et du monde (Henri-Juillard & Mazoyer, 2014). De cette façon, l'adolescent arriverait à mettre du sens plus facilement sur les événements qui l'entourent, sur ce qu'il a vécu, cela l'aiderait à organiser un monde insensé chaotique. Plus le monde imaginaire est développé, plus il sera facile d'imaginer plusieurs issues à une situation négative et de se projeter dans l'avenir l'imaginant plus aisément (Henri-Juillard & Mazoyer, 2014).

Ainsi, un adolescent se renfermerait dans son monde intérieur pour mieux se retrouver ; il pourrait alors retrouver la quiétude nécessaire à la réflexion sur ses pensées et ressentis.

En résumé, le refuge dans l'imaginaire, les capacités de rêveries ou encore le jeu et la création aiderait le sujet ayant subi des situations négatives à impulser le processus de mentalisation.

3.2.1.3. Approche théorique de l'imaginaire dans le processus de créativité

L'imaginaire reste encore aujourd'hui largement entaché d'une représentation négative dans les recherches scientifiques (Faure, 2015). Une hypothèse épistémologique fonde le statut de l'imaginaire : l'imaginaire suppose (avec la connaissance) l'expérience empirique (sensibilité, subjectivité) sans pour autant s'y réduire. C'est de l'expérience sensible que l'imaginaire reçoit originairement sa direction. C'est dans l'épreuve singulière d'un « *corps explorateur* » que l'imaginaire et le monde s'éprouvent et se découvrent (Faure, 2015).

L'imaginaire est à comprendre essentiellement comme un processus continu de transformation de l'expérience. Ainsi, parler d'imagination, c'est parler de ce en fonction de quoi apparaissent les images, sans réduire leur apparition à l'illusion (Faure, 2015).

Avec le thème de l'imagination, de l'imaginaire, « *la pensée possède la capacité de rendre à nouveau présent ce qui a été une fois perçu, par reproduction dans la représentation, sans que l'objet ait besoin d'être encore présent au dehors* » (Freud, 1925). Autrement dit, avec l'imaginaire, l'expérience propre à chacun se perd dans notre mémoire pour y produire, à certaines conditions, des traces durables et transformables, comme autant des substituts corporels des sensations vécues dans notre relation au monde. Ces traces

témoignent de l'inscription de nos différents systèmes de mémoire pour contribuer à organiser notre monde psychique (Faure, 2015).

L'imaginaire peut donc s'entendre à ce premier niveau comme auto-poèse, c'est-à-dire comme une transcription psychique de l'expérience sensible à travers un travail de transformation de cette expérience dans un langage quasi-physiologique : trajet, digestion, métabolisation et ancrage corporel des excitations sensibles (internes et externes) sous forme de traces dans la mémoire. Celles-ci seront ensuite réactivées, réanimées, à un deuxième niveau par l'imagination, qui va « jouer » à les associer, les combiner, les réorganiser après-coup, indéfiniment, relativement à de nouvelles connexions, dans ce vaste réseau de la mémoire. Ainsi, l'expérience originelle se perd en se transformant en signes, mais se conserve aussi sous une autre forme : ces traces psychiques seront investies, désinvesties ou contre investies selon le plaisir ou déplaisir qu'elles procurent (Faure, 2015).

L'imaginaire est donc une notion essentielle pour penser l'animation et la transformation de ce dont nous avons fait mémoire, c'est-à-dire des traces de l'expérience (en témoignent des sensations les plus élémentaires). L'imagination est un jeu avec cette plasticité neuronale et l'expérience esthétique déposée en elle. Elle est un jeu avec le dessin de nos expériences : elle transforme la matière, transmute l'expérience et projette le corps dans la pensée. « *Dans le passage de la présentation à la représentation, il y a un espace-temps parcouru. Ce passage implique des changements, des transformations qui font la différence entre l'objet perçu et sa présentification dans la pensée : la chose perçue est un objet qui existe en image* » (Resnik, 1984). C'est bien dans cet espace-temps parcouru que l'imagination fait son œuvre en produisant des images pour la conscience. En d'autres mots, la nature qui se présente et s'offre dès l'origine à nos organes de sens se présente une deuxième fois à nous, à notre pensée par des images. Nous rencontrons ainsi la nature par nos sens et nous réinventons cette rencontre par notre imagination en l'introspectant, en la reconstruisant au-dedans de soi (Faure, 2015).

Cela suppose, bien entendu que nos expériences puissent effectivement s'inscrire, s'enregistrer dans l'intériorité de notre monde et donc que les traces puissent se constituer en nous à partir des excitations externes et internes liées à l'attention et aux ressentis de ces expériences. Pour cela, l'expérience doit être suffisamment investie, érotisée, pour se pulsionnaliser et se reconstruire dans notre réalité intérieure (Faure, 2015).

Winnicott en mettant l'accent sur la créativité, entend rappeler que la perception est toujours animée d'un regard ; l'objet est créé par opposition à perçu. La perception effective s'équipe ainsi avec l'imagination, de capacités de transformations, de métaphorisation du monde.

De même, aux sources corporelles et sociétales de l'imagination, les expériences se transforment, se rendent appropriables et s'intègrent à la construction identitaire du sujet. Dans cette confrontation entre monde interne et monde socialement construit, chacun tente de s'y représenter en même temps que de se représenter le monde dans une quête de sens et de cohérence. L'expérience corporelle (avec la primauté des sensations) coexiste donc avec l'expérience de la relation à l'autre (et donc d'un début d'échange social) pour aider à l'intériorisation des expériences, créer l'imagination et l'instaurer dans les premières formes d'organisations primitives de la subjectivité (Faure, 2015). A ce double ancrage corporel et interactif de l'imagination, les « *éprouvés corporels* », en passant par le détour de l'autre, se transforment en « *vécus mentalisés* » (Golse, 2005).

Aux sources de l'imaginaire, nous rencontrons ainsi les origines à la sémiotisation du monde et de soi. En ce lieu, l'imagination institue, avec l'aide de l'autre, une « *narrativité sensorielle* » (Nassikas, 1996) et secondairement une « *enveloppe narratrice* » (Stern, 2003). De ce lieu originaire, s'organise ainsi la mise en forme progressive des expériences vécues, leur traduction, leur harmonisation.

En résumé, l'imagination est un travail de mise en sens de l'expérience, dans la mesure où elle est une exigence de travail de l'histoire se faisant et des modalités d'interprétations de cette histoire. L'imaginaire apparaît donc comme la concrétisation en une réalité instable de réalités hétérogènes venues de mondes très divers. Il est entrainement vers l'avenir, révélation pour l'individu qu'il possède plus de possibles qu'il ne croyait (Malrieu cité par Tauzin, 1969). Comme nous le dit Breton, « le monde des rêves et le monde réel ne font qu'un ». L'imaginaire se déploie, se combine, se crée dans deux jeux d'associations, à partir desquels se tissent et se défont les pensées entre le monde et l'entendement humain.

Ainsi, face à une situation traumatique comme l'annonce du VIH/sida à l'adolescent, ce dernier pour réaménager son identité fera recours à l'imaginaire pour réussir à donner du sens à son traumatisme. De ce fait, l'adolescent aura le courage de transformer la réalité et de se représenter cet autrui qu'il voudrait être. Il va donc transformer cette réalité à partir de ses expériences vécues, se l'approprier et l'intégrer à la construction de son identité.

3.2.2. Théories Humanistes de la créativité

Par opposition à l'approche pathologique freudienne, les tenants de la théorie humaniste de l'actualisation de soi associent l'acte créateur au bien-être psychologique. La créativité, selon l'approche humaniste, concerne la personnalité plutôt que la réalisation de grandes œuvres et s'exprime quotidiennement par une attitude créative. Pour les tenants de cette approche, l'actualisation de soi ou la tendance à développer au maximum ses capacités est la base de toute créativité (Guerin, 1992). Maslow (1959) cité par Guerin (1992), considère ce processus créateur à l'actualisation de soi.

Ainsi, pour Maslow (1959) la créativité existe en chacun de nous et relève de la santé mentale. D'ailleurs, il fait une distinction entre ce qu'il appelle « *special talent creativeness* » et « *self-actualizing creativeness* ». Ces deux types de créativité ont très peu en commun. La première, bien que peu définie par Maslow, réfère au créateur de génie. La seconde jaillit beaucoup plus directement de la personnalité et se reflète dans la vie de tous les jours par une tendance à faire toutes choses de manière créative plutôt que par une grande œuvre (cité par Guerin, 1992).

Maslow (1954, 1962, 1968, 1971), celui que l'on considère comme étant le père de la troisième force, s'est inspiré de certains travaux (Fromm, 1959; Goldstein, 1939; Kubie, 1967; Rogers, 1959) pour développer son concept d'actualisation de soi. Il parle d'une tendance biologique inhérente à l'organisme favorisant la croissance et l'actualisation de ses forces, tout autant qu'une propension à la survie. Il pose les bases du concept d'actualisation de soi à l'intérieur d'une théorie plus globale de la motivation chez l'être humain. Sa pensée se distingue par une théorie unifiée nuancée des besoins. L'actualisation de soi se situe au sommet de sa conception hiérarchique des besoins. Ainsi, une personne ne peut éprouver le besoin de s'actualiser que dans la mesure où tous ses autres besoins (physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'amour et d'estime) sont comblés (cité par Bujold, 1993).

Pour Maslow (1962), le processus d'actualisation de soi n'est pas un but hors d'atteinte dans le présent. Il se vit avant tout à travers les simples gestes du quotidien, il est constitué d'une suite de petites découvertes et réalisations. Maslow (1962), décrit l'actualisation de soi comme étant un processus dynamique et actif qui s'inscrit dans une continuité respectant le rythme individuel propre à chacun (cité par Bujold, 1993).

Cette façon de voir l'actualisation en termes de processus est aussi présente chez Shostrom (1963, 1967 cité par Bujold, 1993). Il définit l'actualisation de soi comme un processus dynamique se déroulant dans l'ici et maintenant car les buts et réalités changent constamment. Cela a, par ailleurs, incité Shostrom (1974) cité par Bujold (1993) à développer son concept d'orientation dans le temps. Il affirme que l'orientation d'une personne face au temps constitue un bon indicateur de son niveau d'actualisation de soi. Une personne fait preuve de compétence face au temps lorsqu'elle est capable de vivre pleinement « l'ici et maintenant ». Dans cette perspective, le passé et le futur ne sont pas reniés, ils entrent plutôt en continuité avec le présent. Le passé étant source d'expériences significatives et d'enseignement, alors que le futur représente les buts liés aux activités du « ici et maintenant ».

Ce processus, étant le reflet du développement du potentiel humain, part de l'intérieur vers l'extérieur. Il permet l'épanouissement de l'être à travers l'unification et l'harmonisation de ses pensées, sentiments, émotions et réponses corporelles. Pour Maslow (1971), l'actualisation de soi signifie expérimenter pleinement, de façon vivifiante, sans avoir trop de préoccupations pour soi. De plus, il considère que la vie est un processus de décisions volontaires. La personne doit désirer croître, doit choisir de faire confiance à sa créativité plutôt que de choisir de se défendre, de chercher la sécurité. En cela, Maslow (1971) rejoint Rogers (1959), quand celui-ci parle de l'ouverture à toute nouvelle expérience dont fait preuve la personne actualisée, de sa capacité à vivre le moment présent. Ainsi, les choix concernant la croissance qui sont faits à chaque jour mènent progressivement vers l'actualisation de soi (cité par Bujold, 1993).

Maslow (1971), défend la nature intrinsèque du besoin d'actualisation de soi. L'essence même de ce type de besoin suscite chez la personne la motivation à rendre effectives ses ressources jusqu'alors latentes et inexploitées. Cela est aussi relevé par Rogers (1957, 1961) qui insiste sur la tendance inhérente chez tout être humain à croître et à se réaliser. Pour lui, c'est une tendance inscrite dans toute vie humaine que de grandir et se développer ; c'est le besoin de s'exprimer, d'actualiser ses capacités propres, de devenir ses potentialités (cité par Bujold, 1993).

Maslow (1971) cité par Bujold (1993), affirme que pour parler d'actualisation de soi, cela implique qu'il y ait un soi à actualiser. Il est donc important que la personne s'octroie la possibilité d'émerger plutôt que de toujours écouter ses introjections (parentales, autorité). La

personne doit faire confiance à ce qu'elle est, se donner la chance de s'écouter et de laisser émerger ce qui est à l'intérieur d'elle.

L'actualisation de soi est un processus où la personne apprend à se découvrir à travers ce qu'elle aime, ce qui est bon ou mauvais pour elle. Mais en même temps, la personne doit assumer la responsabilité de ce qu'elle est. Ainsi, la personne en voie d'actualisation de soi doit continuer à s'écouter à travers ses goûts, ce qu'elle est vraiment et ce, même si cela veut dire être impopulaire et non-conformiste. Autrement dit, cela signifie se définir constamment et s'ouvrir à son expérience.

Selon Maslow (1954, 1971), du fait de sa façon de faire face à la vie, la personne actualisée est sujette à des expériences mystiques ou exaltantes. Ces moments privilégiés consistent en une énorme intensification de l'expérience, par exemple, un plaisir intense à entrer en contact avec une œuvre musicale ou picturale. La personne actualisée serait à l'affût de ce type d'expériences, tout en étant en mesure de créer les conditions nécessaires pour qu'elles puissent se reproduire (cité par Bujold, 1993).

En établissant les postulats qui allaient servir au développement de son concept d'actualisation de soi, Maslow (1954) cité par Bujold (1993) a identifié les caractéristiques qui permettent de différencier les gens actualisés de la population en général. Ainsi, les personnes actualisées démontrent une perception juste de la réalité et, conséquemment, vivent une relation confortable avec celle-ci. Leur habileté à percevoir sans distorsion la réalité a aussi pour effet qu'elles vivent en communion plus intime avec le monde de la nature, plutôt que de tenter de fuir la réalité en vivant dans le monde des concepts, abstractions, attentes, croyances et stéréotypes. Les personnes actualisées n'ont pas peur du nouveau, elles ne se sentent pas menacées par lui et ont plutôt tendance à être attirées par l'inconnu que par le connu. De cette façon, elles en arrivent à aimer et à privilégier les activités ambiguës et peu structurées. Les personnes en voie d'actualisation font preuve d'autonomie, ainsi que d'une saine indépendance face à leur environnement et à la culture en général. Elles ont leur propre code d'éthique au lieu d'endosser celui prescrit par la convention sociale, ce qui les habilite à résister à l'assimilation et au nivellement culturel. Incidemment, cette caractéristique se retrouve aussi mise de l'avant par Shostrom (1974) cité par Bujold (1993), à travers le développement de son concept « d'orientation interne ». Il affirme que les personnes actualisées sont autonomes et que leurs comportements sont régis par un système de direction interne. Ceci ne veut pas dire qu'elles sont insensibles à l'approbation des autres, mais

qu'elles seraient davantage guidées par des motivations internes (besoins, désirs). Les personnes actualisées sont en mesure d'accepter leur propre nature, elles ont conscience de qui elles sont. Cet état leur permet de connaître leurs forces, d'accepter leurs faiblesses et d'intégrer les différentes polarités qui les composent. De plus, elles démontrent une acceptation des autres et un grand intérêt pour l'espèce humaine. Elles transcendent leurs propres intérêts personnels pour se dévouer à la cause des autres (Bujold, 1993).

Maslow (1959) fait remarquer de ces personnes qu'elles sont capables d'apprécier de façon fraîche, vivifiante et naïve les bonnes choses que la vie peut leur apporter. Elles sont capables de puiser une richesse dans les expériences de vie, en les abordant comme étant du nouveau plutôt que de les catégoriser en fonction des expériences passées. Les gens actualisés sont spontanés dans leurs comportements empreints de simplicité et de naturel. Cette spontanéité est motivée par leurs désirs d'expression et de croissance. D'autre part, ils démontrent un type de créativité qui ressemble à la créativité naïve et universelle de tout enfant qui n'a pas encore été pris en charge par la culture et l'éducation (cité par Guerin, 1992).

C'est comme si cette forme de créativité, qui est une expression de la santé mentale, est projetée dans le monde et touche toutes les activités dans lesquelles la personne s'engage. Finalement, les personnes actualisées font preuve d'un bon sens de l'humour.

Selon Rogers (1959) cité par Guerin (1992), la créativité est « *cette même tendance que nous découvrons comme force curative en psychothérapie ; la tendance de l'homme à s'actualiser et à devenir ce qui est potentiel en lui* ». L'ouverture à l'expérience est une condition essentielle pour favoriser un acte créateur constructif. Elle consiste à se laisser imprégner par toutes les expériences vécues sans manifester d'attitudes défensives. Elle implique une souplesse et une grande ouverture dans les concepts, les croyances, les perceptions et beaucoup de tolérance à l'ambiguïté. Une autre condition importante à l'essor de la créativité tient au fait que l'individu possède son propre centre interne d'évaluation. Il doit être capable d'apprécier sa création selon son jugement personnel et non pas selon les critiques d'autrui.

De même, Rogers (1959) note que le concept de créativité est essentiellement basé sur le concept d'actualisation de soi, l'environnement extérieur joue un rôle considérable dans le déroulement du processus de création. Certaines conditions externes, telles que l'acceptation inconditionnelle de l'individu, un climat absent de jugement externe, une compréhension

empathique et la liberté d'expression, doivent permettre le développement de conditions internes de la créativité (cité par Guerin, 1992).

En conclusion, la créativité conçue sous cet angle, devient une caractéristique des personnes qui s'actualisent et représente un indicateur de santé mentale. Cette conception de la créativité implique qu'elle est accessible à tout individu en autant qu'il tende à atteindre un niveau de réalisation personnelle satisfaisant et qu'il demeure près de ses sentiments.

3.2.3. La personnalité créatrice

L'approche humaniste rejette l'idée que la créativité doit être étudiée comme une variable ou un ensemble de variables isolées de l'entité que constitue la personnalité de l'individu. Ce type de créativité a été décrit par Goldstein (1939), Rogers (1959) et Maslow (1959) comme étant une manifestation des besoins essentiels de chaque individu pour réaliser son potentiel dans un processus d'actualisation de soi. Maslow et Rogers (1959) offrent une image du processus créateur qui engage la totalité de la personne, de son expérience et de son champ phénoménologique. Ainsi l'individu créateur est un produit de l'intégration de la personne et de l'actualisation de son potentiel (cité par Bujold, 1993).

De par sa nature, cette orientation holistique sépare la créativité en deux grandes catégories : la créativité comme un talent spécial menant vers un produit ou bien comme une disposition à tout faire de façon créative dans la vie de tous les jours. Maslow (1959, 1968, 1971) cité par Bujold (1993), est celui qui a mis plus l'accent sur cette distinction. Il définit deux types de personne créative : celle qui va démontrer sa créativité sous forme de production concrète et celle qui possède une personnalité créatrice qui lui permet de faire face aux situations de la vie quotidienne. Il postule que cette dernière capacité à tout faire de façon créative est un signe de santé et doit être fortement reliée à l'actualisation de soi de la personne. Par ailleurs, cette distinction entre la créativité reliée à l'actualisation de soi et la créativité en tant que talent spécial a été validée par la recherche de Beeke (1987). Ainsi, une disposition à l'agir créateur, telle que définie par Maslow (1968), représentait un niveau de santé psychologique supérieur, puisque reliée aux dimensions de la personnalité et non aux habilités à créer (cité par Bujold, 1993).

D'autres auteurs (Fromm, 1959 ; White, 1968; Taft & Gilchrist, 1970) cité par Bujold (1993), ont également reconnu à la créativité ces deux sens particuliers. Ainsi, Fromm (1959) voyait la production comme quelque chose de nouveau qui peut être vu ou entendu par les

autres, tandis que l'autre type de créativité référerait à une attitude qui peut exister même s'il n'y a pas de produit observable. White (1968), Taft et Gilchrist (1970) cité par Bujold (1993), abondent aussi dans ce sens, mais en ajoutant la dimension artistique dans leur catégorisation. Pour eux, il y a les personnes qui sont engagées dans des œuvres ou productions créatrices, elles utilisent un type de créativité qui est plus artistique et il y a celles qui ne sont pas nécessairement engagées dans une production mais qui ont un potentiel de créativité.

Les études de Cropley (1990) et de Richards (1990) viennent ajouter une dimension intéressante, en faisant une distinction entre la créativité éminente et la créativité de tous les jours. La créativité éminente est vue comme étant une créativité exceptionnelle dans le domaine de l'art et de l'esthétisme (Cropley, 1990) et dont les accomplissements ont contribué à la reconnaissance sociale de l'artiste (Richards, 1990). Alors que la créativité de tous les jours implique que la personne fait face à la vie de façon divergente (Cropley, 1990) et que ses accomplissements impliquent le spectre complet des résultats originaux qu'elle peut accomplir à travers les activités de la vie de tous les jours, autant au travail que dans les loisirs (Richards, 1990).

Au regard de la distinction apportée par les auteurs cités précédemment, il n'est toutefois pas exclu qu'une personne puisse présenter les deux types de créativité. D'un point de vue théorique, ces deux aspects de la créativité peuvent varier indépendamment l'un de l'autre (Taft & Gilchrist, 1970 cité par Bujold, 1993). En effet, il est possible de retrouver des personnes qui vont avoir une personnalité créatrice sans pour autant être engagées dans la production artistique. Il est aussi possible, même si cela est moins fréquent, qu'une personne soit engagée dans la production artistique sans qu'elle s'avère fondamentalement créative. Il se peut qu'elle y soit pour une question de désirabilité sociale ou bien qu'elle ne soit qu'une « technicienne » de l'art. Toutefois au niveau pratique, il y a habituellement une interrelation entre la personnalité créatrice et la production créatrice (Holland & Baird, 1968 cité par Bujold, 1993).

En récapitulant, nous retenons que la vision humaniste de la créativité est une vision centrée sur la personne et non sur le produit. Elle établit une nette distinction entre la personnalité créatrice et le talent spécial menant vers une production. De plus, cette distinction est importante lorsque vient le temps de vérifier le lien, annoncé par Maslow (1971), entre la créativité et l'actualisation de soi. Maslow (1954, 1962, 1971) annonce un lien étroit entre la personnalité créatrice et la propension vers l'actualisation de soi.

3.2.4. Relation entre la personnalité créatrice et l'actualisation de soi

Au regard de la théorie de Maslow (1971) cité par Bujold (1993), il note que les personnes actualisées devraient être créatives. Pour Maslow, le concept de créativité se rapproche beaucoup de celui de l'actualisation de soi (Buckmaster & Davis, 1985). L'actualisation de soi et la créativité sont fonctionnellement interdépendantes, en ce sens que la créativité faciliterait l'actualisation de soi et que l'actualisation de soi faciliterait la créativité personnelle (Maslow, 1971 cité par Bujold, 1993).

Rogers (1959) abonde aussi dans le sens d'une relation intime entre la créativité et l'actualisation de soi en affirmant que la motivation sous-jacente à la créativité serait cette même tendance identifiée comme force curative en psychothérapie, soit la tendance de l'homme à s'actualiser. Cette tendance serait présente chez tout être humain. Toutefois, pour certains, elle ne serait pas éveillée, se dissimulant derrière des façades qui nient son existence, mais elle est là et constitue la motivation première de la créativité. Lorsque la personne fait un effort pour devenir ses potentialités, la créativité permet à l'organisme d'entrer dans de tous nouveaux rapports avec son entourage (cité par Bujold, 1993).

De son côté, Yonge (1975) cité par Bujold (1993), soutient que la créativité est une caractéristique universelle des personnes actualisées. Alors que pour Malkins (1982) cité par Bujold (1993), cette expression créatrice particulière, représente le plus haut niveau de fonctionnement de l'être humain et serait le résultat d'une plus grande actualisation de soi.

Compte tenu de ce qui précède, à la lumière de la théorie de Maslow, il semble raisonnable de s'attendre à une relation éventuelle entre la créativité et l'actualisation de soi. De toute évidence, il s'avère important de bien définir la créativité, afin de maintenir la distinction fondamentale entre la créativité reliée à la personnalité et la créativité comme production.

3.3. MODELE THEORIQUE DE L'AUTOREGULATION DANS LE PROCESSUS DU REAMENAGEMENT IDENTITAIRE

3.3.1. Définition du concept d'autorégulation

Le processus d'autorégulation mobilise plusieurs dimensions du fonctionnement humain jouant toutes un rôle essentiel : cognitives, métacognitives, affectives et motivationnelles. Il nécessite, en outre, la mobilisation de ressources personnelles,

environnementales et matérielles (Fiasse & Nader-Grosbois, 2009 ; Forgas, Baumeister & Tice, 2009; Nader-Grosbois, 2009 cité par Letalle, 2017).

En psychologie du handicap, Whitman (1990) cité par Letalle (2017), définit l'autorégulation comme un système complexe de réponses qui permet aux individus d'examiner leur environnement et leur répertoire de réponses pour s'adapter à leur environnement, en faisant des plans d'actions, en agissant, en évaluant la désirabilité des conséquences de l'action, et en révisant leurs plans si nécessaires. Dans le même champ, Karoly et Kanfer (1997) cité par Nader-Grosbois (2007a), définissent l'autorégulation comme l'agrégat de processus par lesquels les variables psychologiques de la personne, son répertoire biologique et son environnement immédiat, sont inters reliés en vue d'orienter ou de soutenir le comportement dirigé vers un but de l'organisme.

En outre, Nader-Grosbois (2009) définit l'autorégulation comme « *un processus dynamique par lequel l'individu mobilise ses ressources personnelles, sociales et environnementales et par lequel il active plusieurs stratégies en résolution de problème divers ou en gestion de vie* ».

3.3.2. Modèle intégré d'autorégulation/hétéro-régulation de Nader-Grosbois

Sur la base de la littérature relevant de différents champs, un modèle intégratif et dynamique a été conçu en vue de considérer les caractéristiques multidimensionnelles (cognitives, socio-communicationnelles, motivationnelles et environnementales) des comportements pouvant être émis tant par le sujet en situation difficile que par la personne qui encadre la résolution de problème (Nader-Grosbois, 2007). Ce modèle s'inspire de la dynamique triadique de l'autorégulation décrite par Zimmerman (2000) et intègre à la fois les ressources personnelles, les ressources de l'environnement social et de l'environnement matériel propices à l'autorégulation.

Ainsi, Zimmerman (2000) cité par Letalle (2017), propose un modèle dans lequel il met en lien trois types d'autorégulation :

(1) l'autorégulation personnelle qui correspond au contrôle et à l'ajustement des états cognitifs et affectifs ;

(2) l'autorégulation comportementale définie par les processus d'auto-observation et d'ajustement des actions (stratégies choisies pour réaliser une tâche donnée ou résoudre un

problème de la vie, planification des actions mises en œuvre, observation des effets de ces actions, ajustement de celles-ci) ;

(3) l'autorégulation environnementale liée à l'observation et l'ajustement des conditions environnementales et/ou des résultats des actions (Cosnefroy, 2011 ; Nader-Grosbois, 2007a ; Zimmerman, 2000 cité par Letale, 2017).

Dans ce modèle, Zimmerman (2000) insiste sur le fonctionnement cyclique de l'autorégulation. Il considère que les expériences précédentes (choix de stratégie, efficacité de celle-ci, atteinte du but, etc.) sont utilisées afin de réaliser des ajustements pour l'activité en cours de réalisation ou la résolution d'un problème de vie jugé difficiles. Ces ajustements sont nécessaires en raison des modifications constantes des facteurs personnels, environnementaux et comportementaux. Aussi, l'autorégulation revêt deux formes : une forme proactive qui permet de se fixer des buts et des plans d'action et une forme rétroactive qui permet de corriger ou d'ajuster les actions ne conduisant pas à l'atteinte du but (Cosnefroy, 2011 cité par Letale, 2017). Face à la l'adversité de l'infection à VIH/sida, l'adolescent va s'autoréguler sur le plan personnel, environnemental et comportemental.

De ce fait, à partir des différentes conceptions de l'autorégulation proposées dans la littérature, Nader-Grosbois (2007) a identifié sept stratégies autorégulatrices et sept stratégies hétéro-régulatrices pouvant être mobilisées par une personne en situation de résolution de problème.

L'autorégulation comportementale correspond aux processus cognitifs individuels et comprend trois stratégies autorégulatrices cognitives : identification de l'objectif, planification et exploration des moyens et évaluation. L'identification de l'objectif permet de démarrer et d'orienter la tâche. Cette stratégie nécessite de savoir organiser le comportement en fonction des objectifs. Il s'agit de la première étape du processus d'autorégulation. Une fois l'objectif de la tâche identifié et fixé, les stratégies de planification se mettent en place. La planification et l'exploration des moyens nécessitent le choix de stratégies et de procédures nécessaires pour atteindre l'objectif. L'évaluation permet d'identifier les erreurs et d'ajuster les actions en conséquence (Vieillevoye, 2007). En parallèle, l'hétérorégulation soutenant l'autorégulation comportementale comprend trois stratégies d'étayage cognitif : précision ou rappel de l'objectif, incitation à la planification et à l'exploration des moyens et invitation à l'évaluation ou à l'hétéro-évaluation (Nader-Grosbois, 2007a). Ainsi, face à l'infection du VIH/sida, l'adolescent pour s'autoréguler sur le plan comportemental va se

fixer un objectif, planifier et explorer les moyens qui vont contribuer à l'atteinte de cet objectif ; puis procéder par une autoévaluation des actions et de sa capacité de résolution de problème. Toutefois, la précision ou le rappel de l'objectif, l'initiation à la planification et à l'exploration des moyens ainsi que l'invitation à l'évaluation par un médiateur ou un pair seraient importants dans le développement de l'autorégulation comportementale chez l'adolescent infecté par le VIH/sida.

De même, l'autorégulation personnelle implique la gestion individuelle et l'adaptation des états cognitifs et affectifs. Elle est composée de deux stratégies : auto-motivation et autogestion de l'attention. L'auto-motivation guide le comportement tout au long de la résolution du problème (identification et choix de l'objectif, maintien du plan d'action malgré les efforts à fournir ou les obstacles). Elle implique donc la régulation émotionnelle, l'autorenforcement et le maintien de la motivation au long de la résolution du problème ou des difficultés de vie rencontrées. L'autogestion de l'attention se réfère au contrôle de l'attention et de la concentration sur la résolution du problème (niveau d'attention fourni pendant la résolution du problème) et à la capacité de résistance à la distraction (Vieillevoye, 2007 cité par Letale, 2017). En vis-à-vis, l'hétérorégulation soutenant l'autorégulation personnelle inclut les stratégies de soutien de la motivation, les stratégies de régulation émotionnelle et de renforcement ainsi que les stratégies de réactivation de l'attention (Nader-Grosbois, 2007a). De ce fait, l'adolescent face à l'infecté du VIH/sida, va mettre en place des stratégies motivationnelles lui permettant de faire face à l'adversité qu'est l'infection à VIH/sida ; ainsi, il sera à même de mieux contrôler et de réguler ses émotions ; de faire preuve d'une attention autoréglée au travers de l'auto-renforcement afin de maintenir sa motivation. Toutefois, pour soutenir l'autorégulation personnelle, le soutien à la motivation et la réactivation de l'attention de la personne en résolution de problème par le médiateur ou le pair pourraient être un atout au développement de l'autorégulation personnelle.

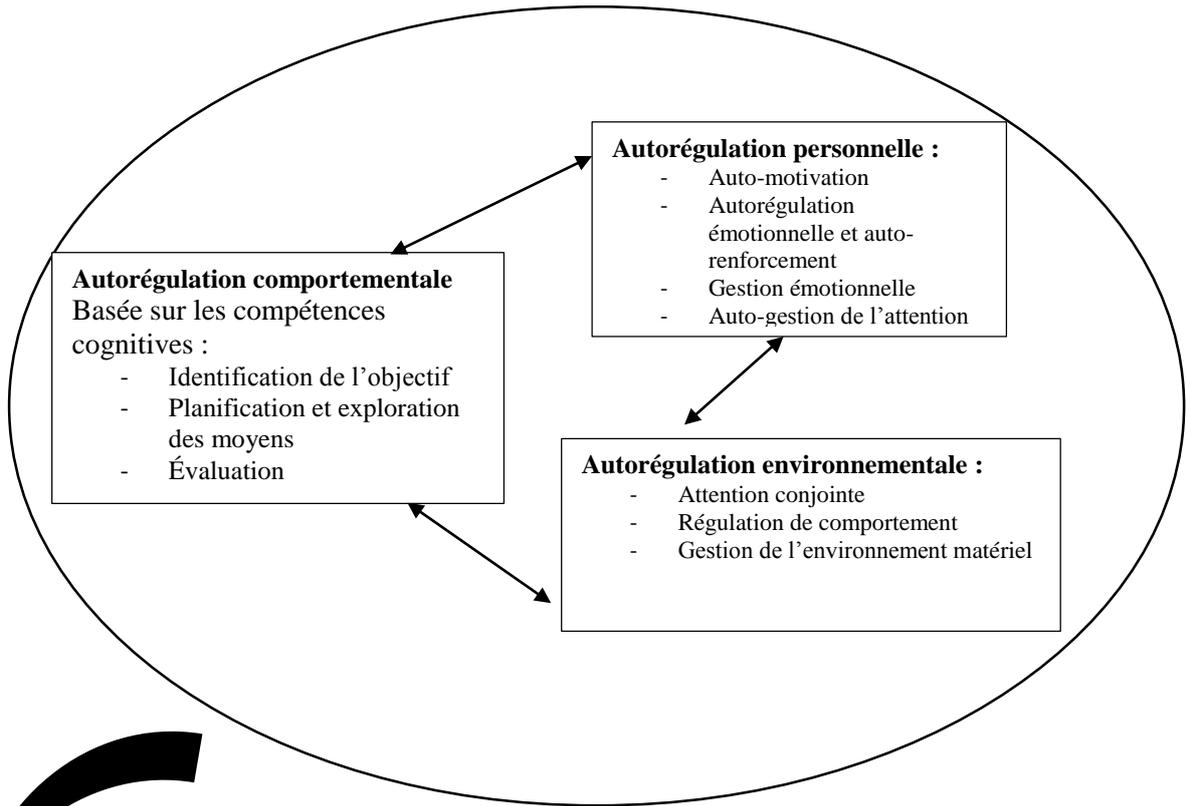
L'autorégulation environnementale se manifeste par la mobilisation de l'environnement social selon les capacités à résoudre une situation de vie difficile et les difficultés rencontrées. Elle est constituée de deux stratégies socio-communicatives : l'attention conjointe et la régulation du comportement (requêtes, demandes d'aide ou d'approbation). L'attention conjointe correspond aux moyens utilisés pour attirer l'attention de l'environnement social sur le problème à résoudre. La régulation du comportement consiste en l'utilisation de stratégies dirigées vers l'environnement social pour obtenir de l'aide, des explications, une approbation si cela s'avère nécessaire. En outre, l'autogestion de l'environnement intervient également

(Vieillevoye, 2007 cité par Letale, 2017). L'hétérorégulation soutenant l'autorégulation environnementale intègre les stratégies socio-communicatives de l'attention conjointe et de la régulation du comportement ainsi que la gestion de l'environnement matériel (Nader-Grosbois, 2007a)

Les différentes stratégies ont été opérationnalisées à travers des indicateurs comportementaux aidant à distinguer trois degrés d'autorégulation distincts intégrés dans une grille d'analyse (Nader-Grosbois, 2002, 2007). Ainsi, une personne qui s'autorégule, en référence à un objectif fixé, planifie, anticipe ses actions en explorant les moyens à disposition, contrôle ses actions, son attention, sa motivation en cours de réalisation, évalue les effets de ses actions et les ajuste. Par ailleurs, une personne qui hétéro-régule précise ou rappelle l'objectif, aide à l'exploration des moyens et à la planification, partage l'attention conjointe, régule le comportement de l'autre, réactive ou soutient l'attention, soutient la motivation et aide son partenaire à s'autoévaluer.

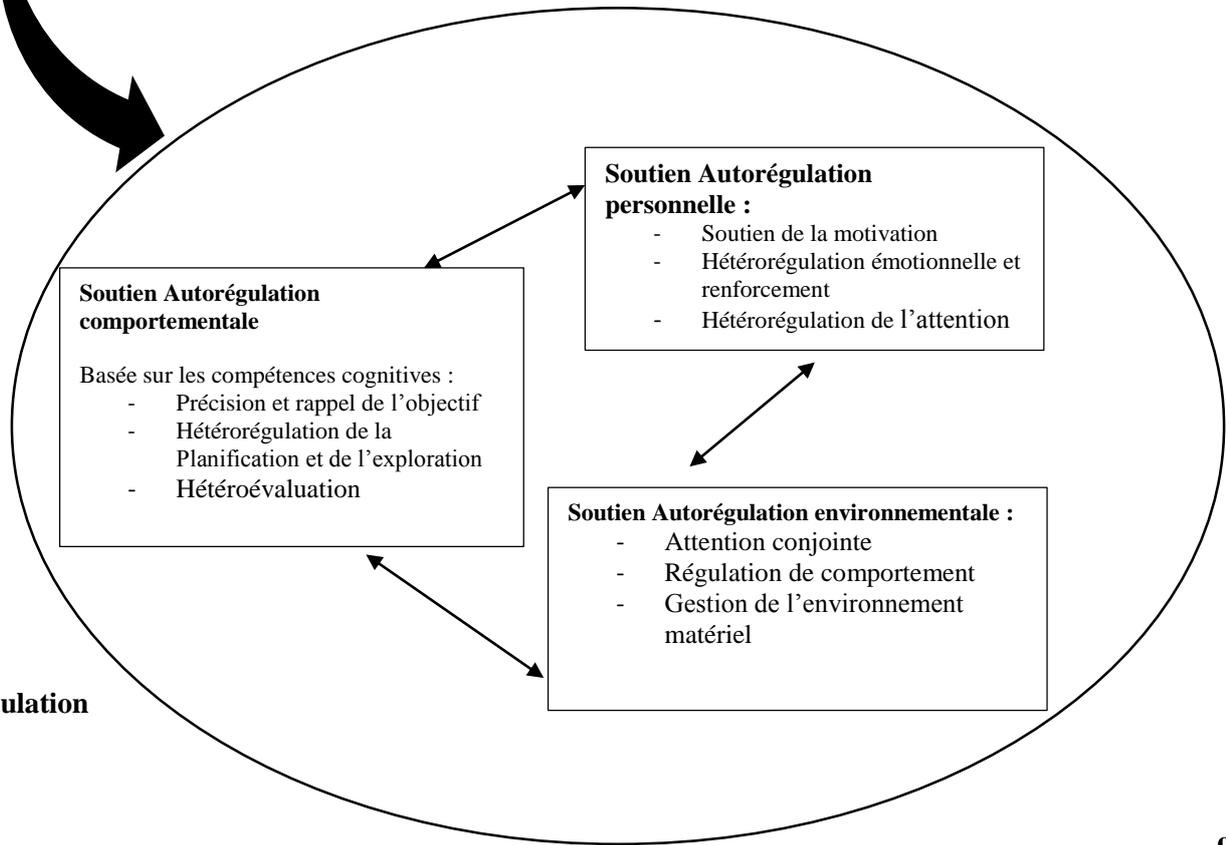
De ce fait, un adolescent infecté par le VIH/sida, fera preuve de capacités créatrices en s'autorégulant. Ainsi, il mettra en œuvre des stratégies cognitives, automotivationnelles et socio-communicatives qui nécessiteront l'appui des stratégies d'étayages qui contribuent à favoriser une meilleure autorégulation. Car comme l'a si bien dit Rogers (1959), « l'environnement extérieur joue un rôle considérable dans le déroulement du processus de création. Certaines conditions externes, telles que l'acceptation inconditionnelle de l'individu, un climat absent de jugement externe, une compréhension empathique et la liberté d'expression, doivent permettre le développement de conditions internes de la créativité ».

Figure 1 : représentation schématique du modèle intégré d'autorégulation et d'hétérorégulation (Nader-Grosbois, 2007).

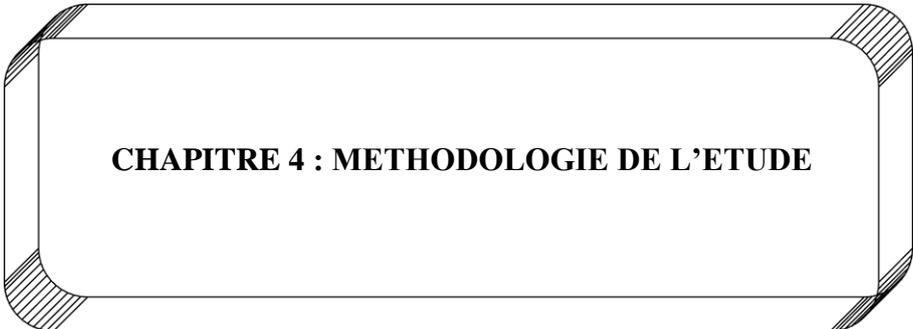


Autorégulation

Potentiellement influencée par les caractéristiques individuelles (âge chronologique – âge mental – niveau de langage)



Hétérorégulation



CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Etant comprise comme un ensemble de « *procédés et de techniques mis en branle pour répondre à une question de recherche, tester les hypothèses et rendre compte des résultats* », la méthodologie est l'élément qui sous-tend une étude dite scientifique (Fonkeng & al., 2014, p.83). Elle permet à cet effet de mettre la rationalité au service du réel (observation suivit d'une déduction ou d'une induction). Dans le cadre de cette recherche, son usage nous permet de présenter la manière dont a été constitué l'échantillon de notre recherche, de décrire notre démarche de construction des outils de récolte de données et de détailler la procédure de recherche ainsi que quelques limites du dispositif. 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 rappeler les éléments clés de la problématique. Il s'agit du problème de l'étude, de la question de recherche, de l'hypothèse et de l'objectif de l'étude.

4.1.1. Rappel du problème

La littérature portant sur le VIH/sida et ses retentissements sur l'identité de l'adolescent nous informe que, face à l'adversité, à la situation stressante et douloureuse, au traumatisme que représentent l'annonce ou la découverte de l'infection à VIH/sida, l'identité de l'adolescent, connaît un certain bouleversement voire une déstructuration (Champion & al., 1999 ; Murphy & al., 2002 ; Wiener & al., 2007 ; Maillard & al., 2018). Ceci se traduit également par une tendance pour certains adolescents infectés par le VIH/sida à expérimenter de l'isolement, de la peur et de la honte lorsqu'ils apprennent leur diagnostic. De même, certains s'isolent de leur famille et amis ; ils évitent les rencontres amoureuses et sexuelles. Certains vont réagir par un étonnement, des pleurs, de la colère, de la tristesse, de la panique et de l'inquiétude ou par un sentiment de confusion (Fielden, Chapman & Cadell, 2011 ; Blasini & al., 2004 ; Mellins & al., 2002).

Or, il nous a été donné de constater que ce type de fonctionnement n'est pas automatique ou commun à tous les adolescents infectés au VIH/sida (Blasini & al., 2004 ; Lester & al., 2002 ; Mellins & al., 2002). En effet, certains adolescents face à l'annonce du diagnostic ou la découverte de l'infection à VIH/sida ne manifestaient pas de réactions négatives et présentaient même une certaine stabilité affective. Certains vivent des relations sexuelles épanouies, investissent positivement sur le plan scolaire, adhèrent au traitement et

participent même aux activités liées à la prévention du VIH/sida en sensibilisant les adolescents dans l'adoption des comportements sains. Cette observation est appuyée par les propos de quelques auteurs (Trocmé et al., 2002; Lester & al., 2002) pour qui, face à l'adversité que constitue l'annonce ou la découverte de l'infection à VIH/sida, certains adolescents parviennent à réaménager leur identité et le maintenir stable ; ils peuvent faire montre d'une énergie créatrice qui leur permettrait de survivre, voire de vivre dans de meilleures conditions même qu'auparavant : il s'agirait donc là d'une expérience positive du VIH/sida chez l'adolescent, loin de la vision pessimiste et négative prônée par la littérature.

Ainsi, il existerait des adolescents qui, suite à l'annonce ou la découverte du VIH/sida, ne voient pas leur identité effractée, bouleversée voir déstructurée, mais qui au contraire, face à cette épreuve, cette perturbation qu'est le VIH/sida, font preuve d'une énergie créatrice, de capacités créatives leurs permettant non seulement de bien vivre l'expérience du VIH/sida, mais également de mieux vivre de façon générale : ce présupposé s'inscrit en droite ligne des travaux de Nader-Grosbois (2009) et de sa théorie sur les capacités d'autorégulation.

Selon l'approche théorique centrée sur les capacités d'autorégulation, l'individu possède des ressources (personnelles, matérielles et environnementales), des potentialités qu'il mobilise et par lequel il active plusieurs stratégies en résolution de problème divers ou en gestion de vie qui leur permettent de se transformer et d'évoluer lorsqu'ils sont perturbés. De ce fait, les adolescents, face à la perturbation qu'est l'annonce ou la découverte de l'infection à VIH/sida, tendraient à se réorganiser, à s'autoréguler pour maintenir stable leur identité tout en le réaménageant.

En s'appuyant sur ce substrat théorique, le problème que pose cette étude est donc celui du réaménagement identitaire chez l'adolescent infecté par VIH/sida par l'entremise des processus sous-tendu par les capacités créatrices de celui-ci.

4.1.2. Rappel de la question de recherche

Cette étude selon la logique qui lui est donnée, s'intéresse aux capacités créatrices à l'œuvre dans le réaménagement identitaire chez l'adolescent infecté par le VIH/sida. Se faisant, elle vise à répondre à la question suivante : *« comment les capacités créatrices de l'adolescent infecté par le VIH/sida participent-elles à son réaménagement identitaire ? Autrement dit comment les ressources ou potentialités dont dispose l'adolescent infecté par le*

VIH/sida contribuent ils à la réorganisation de son identité dans le but de le maintenir stable ? »

4.1.3. Rappel de l'hypothèse

Partant de la théorie d'autorégulation de Nader-Grosbois (2009), qui met en évidence le fait que chaque système ou individu dispose d'un ensemble de mécanismes d'autorégulation qui s'activent dès lors que celui-ci est confronté à l'adversité, il devient évident de dire que l'autorégulation constitue le processus dynamique par lequel tout individu fasse à l'adversité mobilise un ensemble de ressources à travers lesquels s'activent en lui plusieurs stratégies nécessaires à la résolution de la situation problème. De plus, en prenant appui sur Rogers (1980) qui pense que l'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes et son comportement, nous formulons ainsi l'hypothèse selon laquelle « *les capacités créatrices de l'adolescent infecté par le VIH/sida participent à son réaménagement identitaire à travers la mise en disponibilité des ressources personnelles, sociales et environnementales* ».

4.1.4. Rappel de l'objectif de l'étude

L'objectif dans cette étude est d'appréhender malgré les éprouvés qu'a l'adolescent infecté par le VIH/sida les capacités créatrices qu'il met en place pour réaménager son identité.

De manière détaillée, il sera question pour nous tout d'abord, de comprendre le sens que l'adolescent donne à l'infection du VIH/sida ; ensuite d'examiner et de décrire les capacités créatrices mis en place par l'adolescent infecté par le VIH/sida malgré ses éprouvés ; et enfin, de saisir le retentissement de la mobilisation de ces ressources sur le réaménagement de son identité.

4.2. SITE DE L'ETUDE

Le site de l'étude est le contexte spatial dans lequel se déroule la recherche (Amin, 2005). En d'autres termes, il s'agit de l'espace qui environne la recherche et le site précis où se fera la collecte des données. La présente étude s'est déroulée à l'Hôpital Jamot de Yaoundé (HJY) plus précisément au CTA (Centre de Traitement Agrée) et la collecte de données s'est faite dans un des bureaux de ce centre.

4.2.1. Justification du choix de l'hôpital Jamot de Yaoundé

Les raisons suivantes ont guidé le choix de l'HJY comme site d'étude :

- Il est doté d'un centre de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida (CTA), centre où nous avons collecté nos données ;
- Cette structure de par ses différents aménagements est une structure hospitalière de référence de la ville de Yaoundé.

4.2.2. Présentation du site de l'étude

L'Hôpital Jamot de Yaoundé est une formation sanitaire de deuxième catégorie, suivant le Décret N°2013/090/ du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique.

Dans le cadre du développement des Pôles d'Excellence, cet hôpital reste une Institution spécialisée à la prise en charge des maladies respiratoires et mentales. La prise en charge des PVVIH est assurée localement par le Centre de Traitement Agréé (CTA), de même que la Tuberculose multi résistante comme complication du VIH/SIDA, sous les Directives du Ministère de la Santé Publique à travers le Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) et le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) respectivement.

L'Hôpital Jamot de Yaoundé est situé dans la partie Nord de la capitale, encastré entre l'immeuble siège de la CRTV, la SNH et l'Entreprise DRAGAGES. Il s'étend sur une superficie de 5,21 hectares.

4.2.3. Historique

L'Hôpital Jamot de Yaoundé doit son nom au Docteur Eugène Jamot, Médecin militaire français qui vécut de 1879 à 1937. Eugène Jamot est un Médecin qui a joué un rôle majeur dans la prévention de la maladie du sommeil au Cameroun et dans d'autres pays africains.

Il est né dans le hameau de la Borie, qui fait partie de la commune de Saint-Sulpice-les-Champs, dans la creuse *département* du centre de la France. Jamot a suivi une formation de médecin à l'Université de Montpellier. En 1909, il s'inscrit à l'Ecole de Médecine Tropicale de Marseille et un an plus tard, en 1910, il arrive au Cameroun avec un groupe d'hygiène coloniale française. Ils se sont joints à des scientifiques allemands qui avaient organisé un groupe de recherche sur la maladie du sommeil et de son traitement.

En envoyant de multiples équipes d'intervention publiques de santé dans les villages, l'équipe de Jamot a considérablement réduit l'incidence des trypanosomes c'est-à-dire sa transmission au Cameroun et donc la maladie.

L'équipe mobile de Jamot est basée dans la banlieue de Yaoundé (de l'époque), à l'emplacement actuel du Centre Jamot face au MINSANTE-DPS. L'évolution des activités de ce Centre, notamment avec l'apparition de nouvelles pandémies va entraîner la division du Centre Jamot en deux entités :

- La léproserie et ses services connexes, qui continuent d'assurer les activités de vaccination, de suivi des personnes vivantes avec la lèpre et leurs familles, de suivi de la fourniture des prothèses orthopédiques, etc.
- L'Hôpital Jamot annexe n°1 de l'Hôpital Central de Yaoundé, qui sera chargé de la prise en charge des affections respiratoires et mentales.

C'est l'Hôpital Jamot annexe n°1 de l'Hôpital Central de Yaoundé qui sera érigé en Hôpital de deuxième catégorie selon la classification des établissements sanitaires publics en vigueur au Cameroun à la suite du Décret n°89-011 du 05 Janvier 1989.

Comme les autres établissements de même catégorie, il est rattaché directement au Cabinet du Ministre de la Santé Publique conformément au Décret n°2002/209 du 19 Août 2002 (Article 121 de l'organisme du Ministère de la Santé Publique).

Depuis sa création, il a tour à tour été administré par :

1. Dr KESSENG MABEN G. de Janvier 1989 à Août 1993
2. Dr NDONGO EBANA Théophile Richard de Septembre 1993 à Avril 2003
3. Dr AYISSI Christophe de Mai 2003 à Septembre 2009
4. Dr ZOA NANGA Yves Mathieu de Décembre 2009 à décembre 2015.
5. Dr ZE Jean Jacques de décembre 2015 à juillet 2016
6. Dr MENDIMI NKODO Joseph Marie d'août 2016 à nos jours.

L'Hôpital Jamot de Yaoundé est en pleine mutation depuis 2004, avec une vision futuriste pluri- annuelle soutenue par des actions locales concrètes et une volonté politique permettant de rêver d'un centre de référence d'ici 2035.

4.2.4. Organisation de l'Hôpital Jamot de Yaoundé

L'Hôpital Jamot est placé sous l'autorité d'un Directeur, assisté : du Conseiller Médical (Département de Médecine et Spécialité) ; d'une Surveillante Générale.

Il dispose de 02 grands pôles :

- Pôle clinique et consultations
 - Urgences/Soins Intensifs/ Infectiologie
 - Pneumologie
 - Santé mentale / Neurologie
- Pôle support médicotechnique et autres
 - Imagerie
 - Laboratoire /Dépôt de sang
 - Pharmacie
 - Explorations fonctionnelles
 - Post mortem

Sa capacité d'accueil est de 363 lits dont 275 en Pneumologie, 83 en Psychiatrie et 06 en Consultations externes et urgences. Ces lits sont répartis dans 104 salles et chambres ayant un nombre de lit variable entre 01 et 22. Cette capacité est appelée à s'accroître avec l'augmentation de la demande.

Les services administratifs eux se résument à la Direction, l'Unité Administrative et Financière, le Conseil Médical et la Surveillance Générale.

4.3. PROCEDURE ET CRITERES DE SELECTION DES PARTICIPANTS

Notre étude porte sur le réaménagement identitaire chez l'adolescent infecté par le VIH/sida au travers de l'entremise des capacités créatrices chez ce dernier. Nos participants ont été sélectionnés parmi les adolescents pris en soin par l'équipe pluridisciplinaire du CTA de l'Hôpital Jamot. Toutefois, il ne s'agit point de tous les adolescents du dit centre car en effet, pour faire partir de notre étude, ils doivent être encore soumis à certaines conditions : il s'agit des critères de sélection.

4.3.1. Critères de sélection des participants

Dans une étude, il existe en général deux sortes de critères de sélection : des critères d'inclusions et des critères d'exclusion.

De manière concrète, les critères de sélection des participants sont :

4.3.1.1. Critères d'inclusion

Pour participer à cette étude, il fallait :

- Être adolescent vivant avec le VIH/sida et ne souffrant pas d'une autre affection particulière et pris en charge au CTA de l'hôpital Jamot ;
- Avoir connaissance de son statut sérologique ;
- Avoir un âge compris entre 15-25 ans. Selon Rufo et Choquet (2007), l'adolescent s'étend de 10 à 25 ans ;
- Accepter et se montrer disponible à nos entretiens
- Être un adolescent faisant preuve de capacités créatrices.
- Accepter de se faire enregistrer lors de l'entretien ;
- Être capable de verbaliser.

4.3.1.2. Critères de non-inclusion

Dans cette étude, nous avons eu à exclure certains adolescents présentant certaines spécificités :

- Des adolescents présentant une autre affection ;
- Avoir abandonné la suite des entretiens ;
- Avoir refusé les enregistrements ;
- Les adolescents qui ne développent pas une énergie créatrice.

4.3.2. Tableau caractéristique des participants

Pour des raisons d'anonymat, nous avons utilisés les pseudonymes Adrien, Myriam, Valérie et Maeva à nos sujets afin de garder leur identité secrète.

Participants	Adrien	Myriam	Valérie	Maeva
Age	21 ans	15 ans	16 ans	19 ans
Sexe	Masculin	Féminin	Féminin	Féminin
Niveau d'étude	2 ^{ème} année universitaire	4 ^{ème}	3 ^{ème}	1 ^{ère}
Fratrie	7 enfants	2 enfants	3 enfants	5 enfants
Rang dans la fratrie	2 ^{ème}	1 ^{ère}	3 ^{ème}	5 ^{ème}
Religion	Chrétien	Protestante	Chrétienne	Catholique
Ethnie	Ewondo	Bassa	Eton	Baganté

Tableau 2 : caractéristiques des participants

4.4. TYPE DE RECHERCHE

Nous faisons recours dans notre étude, à la recherche qualitative dans la mesure où elle produit et analyse des données qualitatives telles que les paroles écrites ou dites et les comportements observatoires des personnes. Celle-ci a pour objet d'étudier les modes d'action sociale, l'expérience subjective et les conditions qui influencent l'action et l'expérience en vue de plus de compréhension et d'explication de ces derniers. En effet, en s'appuyant sur Fortin (2005), nous voyons que les études qualitatives sont plus aptes lorsqu'on veut décrire un phénomène, le définir et l'explorer en profondeur. De façon simple, elle permet de rechercher le sens et les finalités de l'action humaine et des phénomènes sociaux. Selon Fernandez et Catteuw (2001 :35) ses principales caractéristiques sont « *sa vision compréhensive, une approche ouverte de l'objet, le recours à des méthodes qualitatives pour le recueil et l'analyse des données ainsi que l'élaboration d'un récit ou d'une théorie pour organiser et interpréter les phénomènes* ».

Mayer, Ouellet, Saint-Jacques et Turcotte (2000) cité par Leudjeu (2017), abondent dans le même sens tout en précisant que dans la recherche qualitative « *l'accent est placé sur les perceptions et les expériences des personnes ; leurs croyances, leurs émotions et leurs explications des événements qui sont considérées comme autant de réalités significatives* » (p.57). Dans cette étude, vu que nous cherchons à appréhender malgré les éprouvés qu'ont les adolescents infectés par le VIH/sida, les capacités créatrices qu'ils mettent en place pour réaménager leur identité, ceci en nous basant sur leur expérience subjective (croyances,

ressentis, représentations). La recherche qualitative est donc indiquée et pertinente pour la réalisation de celle-ci.

De façon spécifique, selon Fernandez et Pedinielli (2006) repris par Cheukam (2017), on regroupe quatre types de recherche en psychologie clinique : la recherche en clinique qui est objectivante et quantitative, la recherche clinique qui est non-objectivante et qualitative, la recherche action en psychologie clinique et la recherche évaluative. C'est ainsi que notre étude s'inscrit dans la recherche clinique, qui est non-objectivante et fait appel à la méthode qualitative. Ce type de recherche permet d'appréhender les faits dans leur globalité, singularité et leur complexité. Pour reprendre Fernandez et Pedinielli, (2006), son objectif est de comprendre les processus à l'œuvre dans un fait et de formuler des significations. Se faisant, elle se fonde au plan méthodologique, sur la méthode clinique et spécifiquement sur des études de cas comme source de connaissance du réel et par ricochet du fonctionnement psychique.

4.5. METHODE DE RECHERCHE : Méthode Clinique

A en croire Campenhoudt, Marquet & Quivy (2017) cité par Goula (2018), « *dès lors que l'on prétend s'engager dans une recherche en sciences sociales, il faut de la méthode* » (p.27). Ainsi, cette méthode dite de recherche apparaît comme une mise en forme particulière d'une démarche. Elle est donc liée à une démarche particulière (Nguimfack, 2008). Aussi, la méthode clinique est une méthode historique. Son concept repose sur le fait d'essayer d'obtenir des données qui concernent des événements passés ou bien des données qui concernent un problème actuel à la lueur de ses antécédents historiques ou passés. Cela tend à répondre à la question, pourquoi suis-je aujourd'hui ce que je suis, à savoir finalement le fruit de mon passé. La méthode clinique est le recueil de faits par observation, entretien et analyse des productions.

Pour Yelnik (2005) « *L'approche clinique vise une compréhension en profondeur du sens que prennent, pour des sujets singuliers, les situations, les événements. Le caractère clinique d'une recherche indique que celle-ci ne porte pas sur des faits en extériorité mais sur un « vécu », des points de vue subjectifs, des ressentis, un rapport à quelque chose* » (p.134).

Les objectifs de la recherche clinique sont d'accroître les connaissances que l'on a d'un individu et de comprendre les changements qui surviennent chez lui. Pour ce faire, elle tente

d'acquérir beaucoup d'informations à son sujet à l'inverse de la recherche expérimentale qui est de requérir peu d'aspect sur beaucoup de gens.

Quant à son intérêt majeur, il est celui de la prise en compte de l'individu dans sa totalité et sa singularité, et dans la totalité et singularité de sa situation. Ceci est fécond et un prélude nécessaire à la construction d'hypothèses : raison pour laquelle nous avons choisi cette démarche car il est important de tenir compte de la singularité de l'adolescent infecté par le VIH/sida dans la totalité de sa situation afin de mieux le saisir et d'appréhender les processus en jeu dans le réaménagement identitaire. Aussi, étant donné que nous avons à faire à des variables nominales (capacités créatrices et réaménagement identitaire) et non des variables numériques dans cette étude, la méthode clinique semble la plus appropriée pour leur exploitation.

En somme, la psychologie clinique place la signification, l'implication et la totalité au centre de ses préoccupations et ne souhaite pas désobjectiver la situation. La méthode clinique vise donc à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations et tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. L'intérêt est donc d'éveiller des hypothèses chez l'adolescent infecté par le VIH/sida.

Les limites sont relatives à la quantité et au tri d'informations nécessaires (un grand nombre ne sont pas directement utilisables) et le biais apporté par le tiers qui ne peut être totalement neutre.

Cependant, pour plus d'efficacité dans notre travail, nous avons choisi parmi les différentes méthodes cliniques qui existent, celle de l'étude de cas car comme le réprecise Widlöcher (1999) cité par Fernandez & Catteuw (2001), « *la base de l'étude clinique est l'étude intensive de cas singuliers. Ainsi, le clinicien forme son savoir sur un cas individuel par accumulation de données et de références à des types* » (p.46).

4.5.1. L'étude de cas

Comme nous l'apprend Nguimfack (2008), « *la méthode d'étude de cas utilise les données qui proviennent de différentes sources : entretien, examens psychologiques et/ou médicaux, test, observation, enregistrement vidéo et/ou audio, témoignages d'autres personnes, documents* » (p.275). Le cas est un objet, un événement, une situation constituant

une unité d'analyse. Cette unité est découpée dans la réalité et s'inscrit donc dans un contexte qui ne doit pas être négligé. Ce point a été bien souligné par Hamel (1997) cité par Leudjeu (2017) qui déclare que « *l'étude de cas consiste donc à rapporter un événement à son contexte et à le considérer sous cet aspect pour voir comment il s'y manifeste et s'y développe* » (p.106).

Ainsi, 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. Elle est ainsi appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, que ces derniers soient individuels, de groupe ou d'une organisation.

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 adolescents face à l'annonce ou à la découverte de l'infection à VIH/sida.

Se basant sur l'ensemble de ces raisons avancées, Fernandez et Catteeuw (2001) 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* » (p.46). Sur la même lancée, Pedinielli (1999), 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* » (p.13). Si l'intérêt de l'étude de cas est donc certain, des limites toutefois restent présentes.

Toutefois, bien que la méthode d'étude de cas soit souvent présentée comme la méthode par excellence de la psychologie clinique aussi bien sur son versant recherche que celui de la pratique, elle présente quelques limites. 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.

Mentionnons 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 Jacobi (1995) cité par Yelnik (2005) 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* » (p.134) : l'entretien permet d'y accéder.

4.6. TECHNIQUE ET OUTIL DE COLLECTE DES DONNEES : ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF ET GUIDE D'ENTRETIEN

4.6.1. Technique de collecte des données : Entretien semi-directif

L'entretien en tant que technique de recherche a été défini par Blanchet (1987) cité par Fernandez et Catteeuw (2001) comme « *un entretien entre deux personnes, un interviewer et un interviewé conduit et enregistré par l'interviewer ; ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche* » (p.74).

Dans le cadre de notre étude, nous avons choisi comme technique de collecte des données l'entretien semi directif. Ainsi, l'usage de l'entretien semi-directif comme instrument de recherche consiste en une technique spéciale que le chercheur, le plus souvent, « *élabore pour répondre aux besoins spécifiques de sa recherche en termes d'informations dont le traitement conduira aux objectifs qu'il s'est fixé* » (Aktouf, 1987, p.81). Comme le souligne Fernandez et Catteeuw (2001), « *elle est la technique de choix pour accéder à des informations subjectives c'est-à-dire histoires de vie, représentations, sentiments, émotions, expériences témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet* » (p.74). Or, tenter de saisir le vécu des adolescents infectés par le VIH/sida, tout en ressortant les potentialités/ressources malgré leurs éprouvés ainsi que comprendre le sens de ces potentialités sur le réaménagement de leur identité, c'est questionner la subjectivité de ces adolescents, leur élaboration et leur mise en sens de la situation du VIH/sida, dans toute leur singularité, leur complexité et celle de leur situation.

C'est également en fonction de tous ces objectifs que parmi les trois formes d'entretien clinique de recherche qui existent (directif, semi-directif et non directif), nous avons opté pour

l'entretien semi-directif de recherche. Celui-ci impose une attitude non directive au clinicien-chercheur, ce qui favorise l'expression personnelle du sujet.

En effet, contrairement à l'entretien directif, l'entretien semi-directif n'enferme pas le discours de l'interviewé dans des questions prédéfinies, ou dans un cadre fermé. Il lui laisse la possibilité de développer et d'orienter son propos, les différents thèmes devant être intégrés dans le fil discursif de l'interviewé. Ainsi, au cours de l'entretien semi-directif, l'interviewé peut aborder des aspects imprévus par le chercheur, mais qui peuvent s'avérer riche de sens et contribuer à la compréhension de l'objet de la recherche. L'entretien semi-directif permet donc d'observer le mouvement, la richesse et la complexité de la pensée

Le chercheur essaie simplement de recentrer l'entretien sur les thèmes qui l'intéresse quand l'entretien s'en écarte trop, et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même. L'entretien semi-directif peut ainsi être défini comme une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis.

La conduite de ce type d'entretien requiert beaucoup de temps et des compétences particulières dont faire de bonnes interventions et écouter.

A ce niveau, nous avons été présent comme interlocuteur vivant et bienveillant, mais absent autant que faire se peut dans la problématique personnelle du sujet. Il s'agissait pour nous de laisser parler les participants, et selon Chiland (1989) « *de leur permettre d'y parvenir s'ils ont des difficultés à le faire. Qu'ils disent ce qu'ils ont à dire, ce qu'ils veulent dire et même ce qu'ils peuvent dire* » (p.11) : notre écoute était donc tout sauf passive.

Effectivement, au cours des séances d'entretien semi-directif avec le sujet, le chercheur doit faire preuve d'une compétence d'écoute active et ceci à travers ses relances. Les relances ici ont pour but non seulement d'aider le sujet à exprimer ses émotions, ses sentiments et pensées, mais aussi et surtout sa façon de se représenter la situation du VIH/sida, les potentialités/ressources mis en place pour y faire face et le retentissement de ces ressources/potentialités sur le réaménagement identitaire chez de l'adolescent. Cependant, tout cela doit être fait avec tact, et Chiland (1989) affirme que c'est là qu'on mesure toute l'importance de la formation personnelle du chercheur, qui s'engage dans une relation personnelle où compréhension et empathie sont primordiales. En plus de rassurer l'interviewé

sur l'anonymat total, l'interviewer doit s'efforcer de respecter les impératifs de l'attitude que préconise Rogers (1951) à savoir :

- Un bon accueil ;
- Être centré sur ce qui est vécu par le sujet et non sur des faits qu'il évoque ;
- S'intéresser à la personne du sujet et non au problème lui-même ;
- Respecter le sujet et lui manifester une considération réelle au lieu d'essayer de lui montrer une certaine supériorité ;
- Faciliter la communication et non faire des révélations.

De plus, comme évoqué plus haut, l'entretien semi-directif contrairement à l'entretien non directif permet à l'étudiant-chercheur que nous sommes de centrer les propos du participant sur certains thèmes propres au sujet de recherche, d'où le recours à l'élaboration d'un guide thématique.

4.6.2. Outil de collecte de données : 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. Selon Blanchet et Gotmant (1992) repris par Goula (2018 :95), 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.

Ledit guide est mis à la disposition de l'enquêteur afin de lui permettre de suivre la méthodologie définie, tout en observant un comportement adéquat lors de l'entretien. Cependant, il importe de noter que l'ordre d'évocation des thèmes, de même que la formulation des questions peuvent varier au cours de l'entretien. 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.

Notons que le guide thématique n'est pas un questionnaire ou un questionnement ouvert, mais bien un dialogue structuré ; le plus important est que tous les thèmes repris dans le guide soient abordés dans chaque entretien, qu'importe leur ordre de passage ou d'évocation au cours de l'interview.

Le guide d'entretien de cette étude est constitué ainsi qu'il suit (Annexe 3) :

- Le préambule (comportant la consigne)
- L'identification des participants

Thème 1 : vécu de l'adolescent avant l'annonce/découverte de l'infection à VIH/sida

Thème 2 : vécu de l'adolescent à l'annonce/découverte de l'infection à VIH/sida

Thème 3 : vécu de l'adolescent après l'annonce/découverte de l'infection à VIH/sida

Thème 4 : capacités créatrices

Thème 5 : réaménagements identitaires

Une fois les données (discours des adolescents) ainsi recueillies grâce à ce guide thématique, elles vont être traitées au travers d'une analyse de contenu.

4.7. TECHNIQUE D'ANALYSE DES RESULTATS : ANALYSE DE CONTENU

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

4.7.1. L'analyse de contenu

Le choix de la technique d'analyse des résultats d'une étude étant fortement corrélé à la technique de collecte des données, à la nature des données recueillies et à l'objectif de l'étude, nous avons opté pour l'analyse de contenu. Ceci dans le souci d'analyser et d'interpréter nos données avec objectivité. Pour Bardin (1983) « *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 » (p.105). Cette méthode d'analyse vise la recherche du sens que les individus attribuent à leur vécu subjectif et ce, en lien avec une situation ou un fait bien précis. Il est donc question de « *donner une explication psychologique (un sens), significative et scientifique à chaque contenu des données recueillies par les entretiens » (Baliaba, 2014, p.152 cité par Goula, 2018, p.97).* En ce sens qu'elle permet d'avoir une approche qualitativement approfondie de diverses informations recueillies. C'est dire que, la technique d'analyse de contenu est un procédé qui a pour but la mise en lumière, de façon objective, du sens implicite que regorge un texte, un discours, les résultats des tests psychologiques, le contenu des entretiens qui ont été transcrits etc. et ce, grâce à une reformulation ou à l'utilisation d'un métalangage et à un classement de tout ce qu'ils contiennent (Charaoui & Bénony, 2003 cité par Nguimfack, 2008).

Cette approche effectue un comptage fréquentiel de termes, de liens logiques, qui permettent de repérer dans le corpus des éléments importants, significatifs, récurrents ou absents. L'opération 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.

Dans le même ordre d'idée, Chiland (1989) soutient que « *grâce à l'analyse de contenu, on peut aller plus loin dans l'investigation d'un entretien ou de plusieurs et découvrir ce que ni l'intuition ni l'écoute de l'inconscient ne sont capables de déterminer » (p.153).*

Pour mener à bien notre étude, nous nous sommes référés aux principes de l'analyse thématique tels que définis par Poirier, Clapier-Valladon et Raybaut (1996 :150) cité par Leudjeu (2017), car ils utilisent dans le cadre de l'analyse de contenu de récits de vie ; ceci parce que ces principes permettent d'effectuer une série d'opérations destinées à « *l'interprétation d'un corpus abondant, multiforme et foisonnant d'information avec l'intention d'appréhender sa multiplicité, sa complexité, sa richesse » (p.111).*

4.7.2. L'analyse thématique du discours

L'analyse thématique comme la conçoit Pedinielli (1994) est avant tout descriptive. Elle procède par segmentation du discours et recensement des thèmes principaux qui peuvent faire l'objet d'analyse différente suivant les questions et les objectifs de recherche. Elle permet

d'examiner la signification des mots et de reconstruire le sens de leurs phrases. Pour autant, il est important d'identifier les thèmes de référence.

La démarche adoptée est ici de type inductif. Pour Blais et Martineau (2006) cité par Gonin (2008), « *L'analyse inductive générale est définie comme un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, ces procédures étant essentiellement guidées par les objectifs de recherche. Elle s'appuie sur différentes stratégies utilisant prioritairement la lecture détaillée des données brutes pour faire émerger des catégories à partir des interprétations du chercheur qui s'appuie sur ces données brutes* » (p.139).

Bien plus, nous convenons avec Poussin (2012) que 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.

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, p.215 cité par Leudjeu, 2017, p.111). 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 Leudjeu, 2017, p.112). Concrètement, cet auteur propose 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, p.165 cité par Leudjeu, 2017, p.112).

Thèmes	Catégories
Traumatisme lié à l'annonce/ découverte de l'infection à VIH/sida	Sentiment de solitude
	Sentiment de culpabilité et de persécution
	Sentiment de honte
	Sentiment d'injustice
	Désorganisation de la relation de soi à soi
	Peur de mourir
Désorganisation de la relation avec l'entourage social et familial	Conflits familiaux
	Difficulté dans le registre de l'intégration sociale
Facteurs déterminant les capacités créatrices	Spiritualité
	Rationalisation
	Intellectualisation
	Fixation des buts/objectifs

	Recours à l'imaginaire
	Environnement soutenant
Rapport positif à soi	Optimisme
	Autodétermination
	Confiance en soi
	Respect de soi
Réajustement des composantes de l'identité et modifications dans l'organisation quotidienne	Acceptation
	Implication dans les activités de la vie quotidienne et des activités de sensibilisation liées au VIH/sida
	Réorganisation de la vie sociale et ouverture à de nouveaux modes de vie
	Modifications dans les rapports à l'environnement
	Système de monitoring

Tableau 3 : Grille d'analyse

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.

4.8. DEROULEMENT DES ENTRETIENS PROPREMENT DIT

Les entretiens ont eu lieu avec les participants retenus après leur soumission aux critères de sélection. Ils étaient tous volontaires à participer à l'étude. Les participants avaient la possibilité de refuser l'entretien et ils étaient libres d'y livrer ce qui leur était possible de dire.

Les rencontres avec les participants se sont déroulées dans un endroit qui leur est familier (l'un des bureaux du CTA de l'hôpital Jamot) pour qu'ils se sentent en sécurité et surtout en confiance. A cet effet, nous présentions aux participants potentiels le but et l'objectif de l'étude. Une attention particulière était accordée à les rassurer quant à l'aspect de la confidentialité de leurs propos. Nous encourageons également les futurs participants à poser toutes les questions qu'une participation à la recherche suscitait pour eux. Ensuite, à la lumière des précisions apportées, nous nous assurons que la personne était toujours consentante à participer à l'étude, en lui rappelant qu'elle était libre de s'en retirer en tout temps. Dans les faits, nous avons procédé à la sélection de nos participants en nous référant aux critères d'inclusion.

Nous nous sommes référés aux recommandations de Norwood (cité par Fortin, 2006) pour conduire ces entretiens. En effet, cet auteur stipule que lors du déroulement de l'entretien, il convient de préciser l'objectif de l'étude, d'indiquer comment la sélection des participants a été faite, d'assurer aux participants la confidentialité des informations et d'obtenir le consentement de la personne. Nous précisons également que ce consentement ne s'est pas limité qu'aux adolescents. Il a fallu également que nous obtenons aussi un consentement du responsable en charge des adolescents car bien que la recherche implique directement les adolescents, ces derniers ne sont pas encore responsables de leur acte et de prendre une décision les concernant. Les entretiens ont duré en moyenne 45 minutes selon la disponibilité du participant. Nous les avons rencontrés trois fois.

La première rencontre fut consacrée à la prise de contact avec le service et les participants. Ensuite nous avons suivi par l'explication du but de cette recherche ainsi que des objectifs qu'elle tend à atteindre. Comme nous l'avons souligné plus haut, au cours de cette première rencontre, nous mettions les participants en confiance en leur garantissant la confidentialité et l'anonymat des informations. Nous avons répondu aux interrogations des participants afin de favoriser un climat de confiance.

La deuxième rencontre fut consacrée aux entretiens proprement dits. Conformément au contexte de la recherche où c'est le chercheur qui fait la demande, nous introduisons par une consigne, assis face à face :

« Bonjour. Je m'appelle Berline. Je suis étudiante en psychologie clinique et psychopathologie à l'université de Yaoundé I. je mène une étude sur les capacités créatrices et le réaménagement identitaire chez les personnes vivant avec le VIH/sida. Je m'intéresse

aux adolescents. J'aimerais que nous parlions de ton réaménagement identitaire C'est-à-dire de la manière donc tu arrives à maintenir une vie épanouie tout en gardant ton identité stable. J'aimerais que tu me permettes d'enregistrer et de prendre des notes pendant nos entretiens. Je te garantis la confidentialité de ces entretiens. Une fois de plus, je te remercie d'avoir accepté de participer à cette étude en signant le consentement éclairé ».

C'est au cours de ce premier entretien que les participants ont fait une présentation détaillée d'eux-mêmes. Il s'agissait en fait de donner leurs caractéristiques sociodémographiques. Aussi, ils ont parlé de leur vécu avant, pendant et après la découverte de l'infection à VIH/sida.

La troisième rencontre fut consacrée au deuxième entretien proprement dit. Au cours de cette rencontre, les participants ont abordé le réaménagement identitaire et les mécanismes mis à l'œuvre en occurrence celles des potentialités créatrices. Avant d'aborder cet aspect, nous revenions sur certains éléments du dernier entretien qui n'étaient pas très clairs afin d'apporter plus de précision. Il importe de mentionner que la plupart des participants semblaient prendre un réel déplaisir à parler de leur maladie à cœur ouvert. Mais, lorsque nous les mettions en confiance, cela rendait l'entretien facile car ils parvenaient à s'ouvrir et à verbaliser.

Notons que pour toutes les rencontres qui se sont tenues, nous disposions d'une salle d'écoute calme, discrète et agréable. Par ailleurs, au cours des entretiens, nous avons utilisé un bloc note et un stylo, auxquels nous avons associé un enregistrement audio. Ce dispositif de collecte de données est mis en place au moment même de l'entretien. Evidemment, les participants ont été mis au courant de leur utilisation au moment même de la consigne.

Ces entretiens furent enregistrés par le magnétophone de notre téléphone avec le consentement des participants. Quant à leur retranscription, elle se faisait directement après l'entretien une fois de retour à notre domicile. Nous avons offert aux participants la possibilité de lire leur interview une fois la retranscription terminée dans le but de savoir si tout était bien en adéquation avec ce qu'ils souhaitaient transmettre ; et s'ils y avaient des omissions ou des rajouts qu'ils souhaitaient apporter. Un des adolescents accepta l'offre mais par manque de temps de leur part, cette opération ne put avoir lieu.

De manière synthétique, il a été question pour nous au cours de ces deux entretiens semi-directifs avec les adolescents infectés par le VIH/sida, de revenir sur l'avant infection et

sur l'après : par après infection, nous entendons après l'annonce ou la découverte de l'infection à VIH/sida chez l'adolescent.

Il convient de noter qu'à la fin de chaque entretien, nous remercions toujours les sujets pour leur disponibilité. Suite à cette interview, nous avons eu un flux de données suffisant et pertinent pour notre recherche, qu'il fallait dès lors analyser en suivant les préceptes de l'analyse de contenu thématique du discours tel que présenté. Par ailleurs, la communication non verbale n'a pas été négligée. Ainsi, nous avons pris en compte les gestes, les mimiques, le ton de la voix, le regard, la posture, les contradictions, les incohérences apparentes, les non-dits, les expressions du visage, les soupirs et les silences des participants, qui sont « des messages involontaires », comme « les empreintes de pas d'un fugitif traqué » selon Devereux (1980 :201).

Remarquons pour conclure avec (Blanchet, 1987, cité par Fernandez & Catteeuw, 2001) que « *si l'entretien est donc la technique permettant l'objectivation de la subjectivité, les conditions de production et l'analyse des discours interrogent la validité des connaissances produites* » (p.75) ; ce qui nous conduit dans cette fin du chapitre 4 à nous pencher sur les possibles faiblesses de cette recherche.

4.9. DIFFICULTES LIEES AU DEROULEMENT DES ENTRETIENS

L'une des difficultés majeures auxquelles nous avons été confrontés a été de trouver des dates d'entrevues qui pouvaient satisfaire les adolescents sur le plan de leur disponibilité vu que nos collectes de données se sont faites en période scolaire et que la plupart de ces adolescents sont scolarisés. 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 scolaires.

Un second souci fut celui des parents des adolescents qui devraient nous donner l'autorisation à utiliser leurs enfants comme participants dans le cadre de notre recherche

Ces aléas temporels ont eu pour répercussions de prolonger plus qu'initialement prévue la durée allouée à la récolte de données sur le terrain (1 mois environ).

4.10. CONSIDERATIONS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES

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.

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

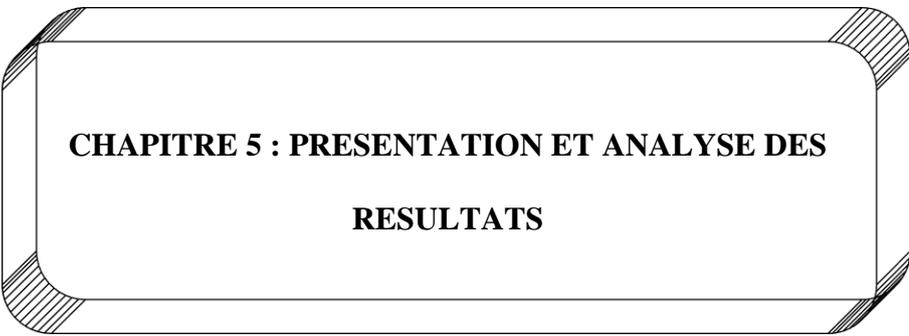
- Aucune recherche sur la personne humaine ne doit être entreprise si elle n'a pas pour but ultime l'acquisition de connaissances susceptibles de contribuer à l'amélioration de l'état et des conditions de vie de l'individu et de la société.
- Aucune recherche n'est justifiable si elle fait courir au 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 veiller à ce qu'elles ne soient pas utilisées pour des fins autres que celles prévues.

Dans cette étude portant sur le réaménagement identitaire face à l'infection du VIH/sida, nous nous sommes efforcés de mettre en pratique l'ensemble de ces principes.

Nous retenons de ce cadre méthodologique que nous avons fait usage de la méthode clinique. Nous nous sommes principalement basés 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, un guide d'entretien a été élaboré dans l'optique de collecter nos données. Et cela s'est fait au travers des entretiens semi-directifs. Nous avons eu trois rencontres avec chacun de ces adolescents parmi lesquels deux entretiens semi-directifs. Lors de nos entretiens avec ces adolescents et de l'analyse qui s'en suivra, nous nous attèlerons à questionner leurs connaissances sur le VIH/sida avant et après l'annonce, ensuite leurs réactions et ressentis face à cela et enfin les mécanismes d'autorégulation mis en marche dans le processus de réaménagement identitaire. Cette démarche est établie dans l'optique de

ressortir les ressources personnelles, environnementales et comportementales de l'adolescent, face à l'expérience du VIH/sida, et son retentissement sur son identité. Le VIH/sida pourrait ainsi conduire à plus de compétences, de transformation personnelle et de confiance en soi.

La technique d'analyse de contenu des entretiens axée sur le repérage des thèmes significatifs a donc été utilisée pour l'analyse du discours de ces participants, dont les résultats sont présentés dans le chapitre ci-après.



**CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES
RESULTATS**

Dans cette partie, nous présentons les cas et analysons les résultats de notre recherche. La présentation des cas permet de contextualiser notre recherche et l'analyse approfondie de ceux-ci nous conduit vers une compréhension affinée de la problématique qui nous interpelle.

L'analyse thématique 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. Ainsi, tout au long de ce chapitre, plusieurs extraits d'entretiens viendront illustrer notre analyse afin de témoigner de la réalité du vécu de l'adolescent face à l'annonce/découverte de l'infection à VIH/sida dans ses différentes composantes. Il s'agira d'allers et retours entre le terrain et le cadre théorique de notre travail.

5.1. PRESENTATION DES PARTICIPANTS

Au terme de l'application de nos critères de sélection, nous avons pu retenir quatre participants pour cette étude, auxquels nous avons attribué les identifiants d'Adrien, Myriam, Maeva et Valérie.

5.1.1. Cas Adrien

Agé de 21 ans, Adrien est Béti plus précisément Ewondo de la région du centre. Il est chrétien et étudiant en deuxième année à l'université de Soa, il est deuxième née d'une fratrie de 7 enfants. Son père et sa mère ne vivent plus ensemble. Depuis son enfance, il a toujours été un enfant malade. C'est vers l'âge de 13 ans que sa mère décide finalement de l'amener à l'hôpital pour effectuer un bilan de santé. C'est au vu des résultats qu'on découvre qu'il est infecté par le VIH/sida. Il a vécu avec sa mère pendant un certain temps puis a décidé d'aller à la recherche de son père. Il finit par le retrouver et décide vivre avec ce dernier. Adrien est le seul enfant infecté par le VIH/sida parmi ses frères et sœurs. Il ignore jusqu'à présent comment il a été infecté.

5.1.2. Cas Myriam

Agée de 15 ans, Myriam est une fille Bassa et l'aînée d'une fratrie de deux enfants donc une fille et un garçon. Elle est protestante et est en classe de quatrième. Son père et sa mère ne vivent pas ensemble. Elle découvre qu'elle est infectée en 2019 au cours d'un bilan de santé. Son petit frère n'est pas infecté mais sa mère par contre l'est. Myriam a été infectée par sa mère. Elle est née avec l'infection à VIH/sida mais l'ignorait. Ce n'est qu'en 2019 qu'on lui

annonce son statut sérologique. Elle note aussi qu'une de ses grand-mères est décédée du VIH/sida.

5.1.3. Cas Valérie

Agée de 16 ans, Valérie est une fille Eton plus précisément de la région du centre et du département de la Lekié. Elle est la dernière-née d'une fratrie de trois enfants. Elle est la seule infectée parmi ses frères et sœurs. Elle est chrétienne et a dû arrêter l'école en classe de troisième à cause de l'état de santé de sa mère. A l'âge de 13 ans, elle présente une forte toux accompagnée de saignement. Elle sera immédiatement conduite à l'hôpital par sa mère. Elle est soumise à des examens et au vu des résultats, elle présente une tuberculose et est également infecté par le VIH/sida. Elle apprend donc qu'elle est infectée par le VIH/sida à l'âge de 13 ans à la suite d'une assise familiale. Bien avant la découverte de son statut sérologique, ses parents vivaient ensemble. A la suite de cette découverte et d'une succession d'évènements malheureux, son père part de la maison pour aller vivre ailleurs. Il les abandonne. Quelques temps après, sa mère fait un accident de la circulation et ira vivre avec la grand-mère de Valérie. Cette dernière restera donc vivre avec sa sœur et son frère et est obligée d'arrêter l'école pour subvenir aux besoins de la famille.

5.1.4. Cas Maeva

Agée de 19 ans, Maeva est une fille de l'Ouest plus précisément Baganté. Elle est la dernière-née d'une fratrie de cinq enfants. Elle est la seule à être infecté parmi ses frères et sœurs. Elle est catholique et est inscrite en classe de Terminale. Elle est née avec l'infection à VIH/sida car cela lui a été transmis par sa mère. C'est en 2016 que le médecin lui annonce qu'elle est infectée par le VIH/sida. En fait, en 2016 elle développe une infection pulmonaire. Elle est conduite à l'hôpital et aux vues des résultats des examens, on découvre que derrière cette infection pulmonaire, se cache l'infection à VIH/sida. Elle fait deux ans sans aller à l'école et ira vivre avec sa grand-mère.

5.2. ANALYSE DES RESULTATS

Cette recherche porte sur les capacités créatrices que l'adolescent met en place face à l'infection à VIH/sida et qui lui permet de réaménager son identité.

L'ensemble des entretiens autour de ce thème de recherche a été enregistré et transcrit. A partir de ce corpus de données, une analyse thématique a été réalisée. De multiples lectures successives ont permis d'identifier et d'indexer divers thèmes et catégories.

Il ressort donc des entretiens que nous avons menés auprès des adolescents Adrien, Myriam, Valérie et Maeva les thèmes significatifs suivants :

- Traumatisme lié à l'annonce/ découverte de l'infection à VIH/sida
- Désorganisation de la relation avec l'entourage social et familial
- Facteurs déterminant les capacités créatrices
- Rapport positif à soi
- Réajustement des composantes de l'identité et modifications dans l'organisation quotidienne

5.2.1. Traumatisme lié à l'annonce/ découverte de l'infection à VIH/sida

Le traumatisme psychique pour Sillamy (2019) est un événement subi par un sujet qui en ressent une très vive atteinte affective et émotionnelle, mettant en jeu son équilibre psychologique et entraînant souvent une décompensation de type psychotique ou névrotique ou diverses somatisations. Ce qui est mis en exergue ici, c'est l'atteinte de la sphère affective et émotionnelle. Tel n'est pas le cas chez les psychanalystes qui donnent au traumatisme psychique une définition beaucoup plus économique.

Laplanche et Pontalis (1978) s'inspirent des définitions de Freud et considèrent que le traumatisme psychique est un « événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre de manière adéquate, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique » (p.956). Pour eux, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité à maintenir et à élaborer psychiquement ces excitations.

L'Association Psychiatrique Américaine (APA) quant à elle met l'accent sur le stress qui découle de l'événement traumatique. L'APA (2000) caractérise le traumatisme psychique comme l'expérience d'un individu qui a : « vécu ou été témoin ou été confronté à un ou des événements, durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée » (critère A1 DSM-IV-TR).

De part ces définitions, nous pouvons relever que, le vécu traumatique survient chez un sujet à la suite d'une exposition à un événement de vie bouleversant, perturbant, qui dépasse les limites contenantes de notre psychisme. Ce vécu traumatique pouvant se manifester par différents états.

5.2.1.1. Sentiment de solitude

La solitude du latin *solus*, signifie « seul », c'est l'état, ponctuel ou durable, plus ou moins choisi ou subi, d'un individu qui n'est engagé dans aucun rapport avec autrui.

Selon Castellan (2009), la solitude renverrait à « une perte des liens sociaux, une perte de l'échange, de la stimulation, de l'information venant du contact avec l'autre. C'est un sentiment de dépossession de soi. On se perd de ne pas exister dans le regard de l'autre, on perd le sens de sa propre vie ». Le sentiment de solitude se définit par deux symptômes à savoir un sentiment d'insécurité et une incapacité à faire appel aux autres (Oihana, 2016).

Adrien précise face à l'annonce de l'infection à VIH/sida que « *En fait, quand on m'a dit ça, j'ai un peu repensé, je me repliais, j'avais un certain comportement. Je ne voulais pas parler avec les gens ; j'étais un peu genre calme, toujours dans mon coin. Avec le temps, je commençais à me replier sur moi-même. Parfois aussi c'était un peu genre qu'on m'évitait ; à l'école aussi. Mes amis m'évitaient, je marchais seul ; je me sentais tout seul. Tout le monde m'avait abandonné* ».

Ce sentiment de solitude s'observe aussi chez Valérie qui le souligne par ses propos « *j'étais tombé gravement malade, la plupart nous a abandonné ; j'étais abandonné à ma mère. Mon père a fui. Donc ma mère était juste avec moi... C'est depuis le jour qu'on m'a dit que comme tu vois là, c'est comme ça, c'est comme ça que j'ai essayé un peu de me retirer. Donc me retirer un peu, voire comment faire pour encore être comme avant. Donc j'ai essayé de faire un mètre de distance, me retirer, réfléchir comment faire maintenant pour être comme avant* ».

Pour Castellan (2009), ce sentiment de solitude traduit en quelque sorte une souffrance vraiment significative dont ces adolescents font face. La solitude met l'individu en position de danger, et que l'atteinte du Moi est le plus redoutée. La souffrance est là, mais c'est la société entière qui fait défaut.

Notons que chez ces adolescents, la solitude se traduit aussi par un fond diffus de sentiment d'abandon, d'exclusion ou de rejet de la part de l'environnement.

Maeva partage cet état d'âme en relatant « *je me sentais seul et abandonné. C'est l'abandon qui isole. Sentir qu'on n'est important pour personne, qu'on ne peut partager ses pensées avec quiconque, qu'on n'est pas compris ou accepté par son entourage même très proche... j'espère juste que ceux qui m'entoure puisse m'accepter avec cela comme moi j'ai eu à le faire dans le passé... donc du coup j'aimais rester dans mon coin. Je parlais avec moi-même. On peut dire que j'hallucinai même à un certain moment. J'étais dans mon monde à moi et tout* ».

Kouamé (2012) note à propos que, « quand bien même les adolescents ne sont pas directement victimes d'ostracisme de la part de l'entourage, la crainte d'être stigmatisés ou rejetés peut les amener à développer des attitudes d'évitement ou à se maintenir longtemps dans le déni et à refuser le soutien social » (p.11).

Par ailleurs, Funck-Brentano et al. (2004) notent que « l'infection à VIH a tendance à exclure ou isoler les personnes infectées et ce phénomène est particulièrement redouté des adolescents qui ont un besoin majeur d'avoir des amis, un confident, de se comparer les uns aux autres et de vérifier qu'ils partagent des points communs entre eux. En effet, les adolescents infectés par le VIH ont facilement tendance à se sentir différents de leurs camarades. Ils voudraient parler de leur séropositivité mais hésitent à le faire de peur de subir des réactions de rejet ou d'enfreindre les recommandations des parents qui imposent parfois de garder le secret le plus strict.

L'ensemble de ces propos permet de voir de quelle façon l'annonce ou découverte de l'infection à VIH/sida plonge les adolescents dans une souffrance et les amènent à s'isoler de leur entourage. Ce n'est pas tant l'annonce/découverte de l'infection à VIH/sida qui fait problème, mais le regard de l'autre face à cela, le rejet et l'abandon qui sont redoutés par ces adolescents.

5.2.1.2. Sentiment de culpabilité et Persécution

Selon le carnet de psychologie, « le sentiment de culpabilité correspond à la conscience douloureuse d'être en faute consécutive ou non à un acte jugé répréhensible ».

Pour Freud (1929) cité par Lemoine (2002) il serait « la perception qui correspond dans le Moi à la critique du Surmoi. Ce dernier se constituerait par intériorisation des exigences et des interdits parentaux après la disparition du complexe d'œdipe » (p.107).

Les adolescents infectés par le VIH/sida semblent ressentir une certaine culpabilité qui se traduit par les mots suivants chez nos cas : « *Je me disais comment cette maladie a pu m'atteindre ; je me posais tellement de questions sur cette maladie. À un certain moment j'en voulais à ma mère, je lui en voulais vraiment. En fait vu la situation, c'était comme si ma mère portait ce fardeau pour moi. Donc je ressentais de la culpabilité de faire souffrir maman. J'ai grandi avec une certaine culpabilité ; le fait de savoir que j'ai cette maladie et à la maison d'autres n'ont pas ça. J'ai vraiment été traumatisé non seulement avec le fait de savoir que j'avais cette maladie, de voir ma mère sombrée bien que je lui en voulais à un certain moment donné et de voir tout le monde me tourner le dos. Je reprochais un peu à ma mère* » (déclare Adrien).

Dans le même sillage, déclare Myriam : « *C'est avec la découverte de cette infection, que j'ai redoublé plus d'effort parce que je ne voulais pas que maman culpabilise de quelque chose, que je fasse souffrir maman* ».

Ces adolescents manifestent là leur ressentis face à la souffrance que l'infection à VIH/sida les inflige. Ils se sentent impuissant face à cela, ce qui les amènent à chercher les responsables de leur infection. A d'autres moment ils culpabilisent de faire souffrir leur mère. Ce n'est pas temps l'infection à VIH/sida qui engendre cette culpabilité mais plutôt le fait de voir leur maman souffrir. Ils se sentent coupables d'infliger cela à leur mère.

Pour Kouamé (2012) « la culpabilité est provoqué par le diagnostic de l'infection ; les adolescents se sentent responsables et coupables de leur infection. Ils se sentent victime de l'imprudence et de l'inattention faces à d'autres personnes qui les auraient contaminés et considérés que ces derniers sont responsables de leur situation » (p.3).

Maeva relève « *Quand le docteur m'a certifié même que c'est maman, moi je n'ai pas voulu trop croire. Moi je me suis dit que bon comme étant petite d'abord, moi j'aimais les jeux, je me suis dit que peut-être c'est quand je jouais avec des camarades, avec des amis peut être au contact du sang et tout ça. Donc j'ai jugé alors que surement, elle-même culpabilise ; elle a mal. Je me mets un peu à sa place. Surement c'est de ma faute.* ». D'un autre coté Maeva réitère « *en fait j'en voulais beaucoup aux docteurs. Je ne sais pas*

pourquoi. Je les en voulais beaucoup. Donc du coup c'était difficile pour que je m'entende avec eux ; Je mettais la faute sur eux. Je ne sais pas trop pourquoi et je ne sais pas de quoi exactement je les reprochais. Mais je disais que c'était de leur faute ».

De par les propos des adolescents, on peut noter une culpabilité à l'endroit des adolescents eux-mêmes et en l'égard des parents (mère). Ils se culpabilisent non seulement de leur imprudence face à l'infection à VIH/sida, ils font culpabiliser l'autre en le rendant responsables de leur infection à VIH/sida.

5.2.1.3. Sentiment de honte/ frustration

Selon le Larousse (2020), la honte est « un sentiment d'abaissement, d'humiliation qui résulte d'une atteinte à l'honneur, à la dignité ».

Emde, Oppenheim et Guedeney (2002) définissent la honte comme « une émotion complexe qui peut inclure l'expérience de l'impuissance et le sentiment d'une perte de l'estime de soi. C'est le sentiment d'un écart entre le soi idéal et le soi perçu ; c'est l'une des façons de se sentir inférieur et de ne pas être à la hauteur de son idéal ».

Les adolescents contaminés par le VIH/sida vivent au quotidien une autre difficulté complètement intriqué aux altérations de l'image de soi, celle de parler de leur séropositivité à leurs proches. Ils ont peur de ce que les autres vont penser d'eux ou qu'ils leur associent des images négatives.

Adrien narre « *Comment je vais me sentir ? Ce n'est pas n'importe qui qui doit savoir que je suis malade. Ce n'est pas aussi bien que certaines des membres de la famille connaissent que tu es malade ».*

De même Valérie déclare aussi à propos « *tout ça était là-dedans, la honte. Je pensais comment on devait dire que n'est-ce pas tu nous avais dit que tu ne pouvais pas avoir ce genre de maladie... oui de peur que si je fais ça, pour attirer l'attention de mes amis, ils allaient dire que donc celle-ci était malade... Les exposer que j'étais infecté et comme ça parce que, si je leur disais parce que quand je marche avec mes amis, je sais que celle-ci est comme ça, celui-ci est comme ça. Je savais que si celui-ci je lui dis, il devait se moquer de moi parce qu'il y a d'autres qui font comme ça. Si moi je te dis ça pardon ne me vend pas, ne me dévoile pas que j'ai tel microbe en moi. Sinon ça va un peu me frustrer... Et on n'a pas dû exposer en disant aux gens que comme tu vois là, elle a tel maladie, il ne faut plus qu'on*

s'approche à côté d'elle. Non personne n'a su en dehors de ceux de la maison. Et on a dit que c'est code secret ».

Avec la honte, l'expérience de ces adolescents est différente. Le désir est d'être hors de la vue, d'éviter le regard de l'autre et d'éviter de voir le regard critique de l'autre. La honte impliquerait un sentiment d'être petit et sans pouvoir. La honte entraîne également chez ces adolescents infectés par le VIH/sida un sentiment puissant d'être exposé, la peur d'être physiquement ou psychologiquement nu et s'associer avec un sentiment très intense d'agitation et avec le besoin de se cacher. Pour certains auteurs (Brown, 2000 ; Blanche, 2000 ; Hefez, 1996 ; Gossart-Walker, 1998), les secrets produisent des sentiments comme la honte qui peut menacer la construction identitaire du jeune et compromettre ses possibilités d'intégration sociale.

Dans ce contexte, Myriam note *« Bon on m'avait dit de ne pas dire parce qu'on ne connaît pas qui est qui... ça me dérange parce que j'ai déjà eu à évoquer le sujet-là ; mais la façon que mes amis réagissent ne me pousse pas à dire. Peut-être si je leur dis ça, ils vont me mettre à l'écart, commencé à croire que non, même en leur touchant, je peux les infecter ».*

Dans la même logique Maeva relève *« Donc du coup, quand le docteur m'a fait part de cela, naturellement j'ai pleuré. J'ai commencé à penser à ce que les gens pourront dire ; comment ils me verront et tout ça... bon ! On peut dire que la première idée qui m'est venu en tête en ce moment c'était les autres vont dire quoi de moi ? Comment j'ai fait pour avoir ça ? Qu'est-ce qu'on ne va pas dire ? ».*

Pour Kaufman (1989), la honte est un sentiment inhérent d'être une mauvaise personne, expérience accompagnée de la peur d'être mis à nu ainsi que d'une rage protectrice. C'est une émotion morale qui implique la conscience de soi en relation à l'autre. Ces adolescents vivent une situation de honte face au regard d'autrui, à leur jugement vis-à-vis de leur infection à VIH/sida. Il s'agit d'une tentative de protection contre soi et contre l'autre.

Toutefois, dans ces conditions, ces adolescents se disent vivre une injustice de la part de leur proche, de leur environnement.

5.2.1.4. Sentiment d'injustice

Pour Amic (2019), l'injustice est un sentiment puissant dont on a souvent du mal à se défaire et qui peut nous peser pendant très longtemps, nous laissant incapable de reprendre la

main sur la situation. On s'attend à ce que chacun soit traité de manière identique ou légale et cette injustice est souvent identifiée en se comparant aux autres.

Adrien dit « *le fait de savoir que j'ai cette maladie et à la maison d'autres n'ont pas ça. Je me disais pourquoi moi et pourquoi pas les autres ?* »

Cela s'observe aussi chez Valérie qui narre « *Comment se fait-il que papa n'a pas le genre là, toi maman tu n'as pas le genre là et comment se fait-il que c'est à moi que ça prend ?* »

Ainsi, de façon tout à fait inconsciente ou consciente, ces adolescents vivent là une injustice qui se traduit par l'usage du mot « *pourquoi moi et pourquoi pas les autres* ». On note là une certaine comparaison qui traduirait une forme d'injuste vis-à-vis d'eux.

Maeva fait également mention de l'injustice qu'elle subit face à cette infection à VIH/sida. Elle relève à propos « *pourquoi mes frères et sœurs ne sont pas infecté ? Et d'un coup, je passais tout mon temps à réfléchir, savoir comment c'est arrivé, pourquoi moi ? Bref je me posais un tas de question en fait. Et je me disais bon on ne m'aime pas ; j'ai commencé à me mettre les idées négatives dans la tête* ».

Myriam note aussi une autre forme d'injustice. Elle relève « *Je pouvais être seul quand peut-être on me faisait quelque chose, je me dis peut-être parce que je suis malade ou parce que les gens ne veulent pas être à côté de moi ou bien quand on me gronde, c'est là où je disais que peut-être c'est par rapport à ça* ».

Pour Myriam, l'injuste dont elle relate ici est dû au fait qu'elle est malade. Donc du coup tout égard de comportement jugé insupportable en son égard signifie une forme d'injustice.

5.2.1.5. Désorganisation de la relation de soi à soi

Le concept de « soi » est l'idée qu'une personne se fait d'elle-même. Il inclut l'apparence physique, les rôles, les attitudes, les croyances et les attributs qu'elle croit être caractéristique de ce qu'elle est (Wendi, Gardner & Finkel, 2010). C'est la façon dont nous nous définissons, dont nous décidons de ce que nous sommes : « ce que je suis ». Selon la psychologie, le soi renvoie à la façon dont une personne se perçoit, la manière dont elle est

appelée à répondre lorsqu'elle s'interroge, ou qu'on l'interroge, sur son identité (Benedetto, 2008).

D'après le Dictionnaire Littré (1872-1877), le concept de « désorganisation » est dérivé du mot *désorganiser* et du suffixe « *action* » qui signifie détruire la cohérence, l'unité d'un ensemble. C'est le fait de troubler ce qui est organisé.

D'après Bury (1982), la désorganisation de soi ou désorganisation identitaire, se définit par une réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme telles. Ainsi, les incapacités liées aux maladies qu'elles soient temporaires ou permanentes, entraînent des modifications importantes sur la vie quotidienne. Ces changements fragilisent et altèrent l'image de l'individu tant pour lui-même que pour les autres.

De part ces définitions, nous pouvons relever que, la désorganisation de la relation de soi à soi renverrait à une perturbation dans le rapport que le sujet entretient avec lui-même et qui pourrait survenir à la suite d'une exposition à un événement de vie bouleversant, perturbant, qui limiterait sa façon de penser, d'agir ou de se comporter.

Les adolescents infectés par le VIH/sida semblent avoir subi une certaine désorganisation dans la relation à soi.

Adrien relate « *lorsqu' on m'a dit que j'étais infecté, je me sentais un peu aliéné. Donc je portais vraiment ça en moi ; j'avais de ces accoutrements. J'étais là frêle frêle. J'étais vraiment triste, en colère, apeuré surtout quand je pensais que j'ai cette maladie, c'est un peu ça qui me mettait un peu hors de moi. Quand je voyais quelque chose qui m'énervait, je me mettais en colère. Je n'avais pas la paix intérieure. J'ai commencé à baisser la garde à l'école. Cette maladie m'a fracassé, je baissais de mes notes à l'école. J'étais un gars déterminé à l'école avant ma maladie. Avec cela, je suis passé par tellement d'échecs. Donc je n'avais plus trop la tête à l'école. Cette maladie m'anéantissait et je faisais tellement de choses inimaginables. J'étais devenu un enfant têtu, qui n'était pas têtu avant, qui n'avait jamais manqué du respect, j'étais devenu rebelle. J'ai vraiment été traumatisé non seulement avec le fait de savoir que j'avais cette maladie. Donc je ne me sentais pas trop en paix. J'étais toujours persécuté à un niveau que je me martyrisais. Donc je n'étais pas en paix avec moi-même malgré que je prenais déjà le médicament ».*

De même Maeva note « *j'ai vraiment sombré ; je ne prenais plus soin de moi. J'ai changé quand j'ai su cela. La façon donc les gens parlaient des personnes qui avaient le VIH/sida, c'était comme si c'était des diables ; je ne sais pas trop. Du coup ça me faisait tellement mal. Ça me faisais me sentir mal ».*

Nous constatons chez ces adolescents des répercussions négatives sur le sentiment d'identité qui se lit comme une catastrophe dans la mesure où leur milieu intérieur est bouleversé. Ces adolescents ne savent plus vraiment qui ils sont, ne se reconnaissent plus, ils sont comme égaré dans leur propre vie.

L'annonce ou découverte de l'infection par le VIH/sida, vient donc engendrer bouleversement dans la vie de ces adolescents. Ces adolescents n'arrivent plus à se relier à leur miroir intérieur. Pierret (2001 : 8) explique que « la survenue d'une maladie chronique comme l'infection à VIH/sida, est une expérience qui remet profondément en question le sentiment d'identité du sujet. Elle affecte le sujet, non pas seulement dans sa corporéité, son psychisme, elle modifie également la manière dont il s'appréhende, se représente lui-même et se définit ».

S'exprimant sur ce retentissement de l'infection à VIH/sida sur l'identité, Myriam déclare « *j'ai sombré à un certain moment. J'avais l'habitude de croire que je suis différente de mes amis parce que bien qu'on jouait ensemble, il y'avait certaines choses que moi je faisais. Je me sentais un peu comme une prisonnière de certaines choses par rapport à ce virus que je portais* ».

5.2.1.6. Peur de mourir

Pour Grimaldi (2006), l'annonce de la mauvaise nouvelle, la survenue d'une maladie que l'on ne peut guérir si on peut la soigner, vient briser le vécu fluide du temps. L'irruption du diagnostic de la maladie chronique arrête le mouvement de la chaîne. La maladie chronique vient donc bouleverser la représentation du temps et ne manque pas de soulever l'angoisse de la mort. Elle impose contraintes et parfois ses handicaps, elle modifie les rapports aux autres et finalement les rapports à soi.

Adrien nous dit « *j'avais peur. Il m'arrivait d'avoir peur encore parce que, une maladie vraiment incurable, quand tu es malade, là, ça peut aussi t'emporter. C'est dans ce cas-là que je pensais* ».

De même Maeva s'exprime « *Parce que c'est pas facile d'accepter et de ce dire qu'on mourra avec ce virus* ».

Freud (1979) cité par Pucheu (2004) souligne que, « la mort est la fin nécessaire de la vie. Cependant, nous avons l'habitude de nous comporter comme s'il en était autrement. Nous manifestons une nette tendance à mettre de côté la mort, à l'éliminer de notre vie ». Ainsi, l'angoisse au moment de l'annonce du diagnostic ne vient-elle pas ici du fait de cette brusque

effraction de nos défenses habituelles d'être humain : ce que nous cherchons constamment à mettre de côté nous revient en force.

Nous relevons à la suite de la lecture de ces brides de textes que, la survenue de la maladie chronique est aussi une menace existentielle s'accompagnant de la perte du sentiment d'invulnérabilité, de la prise de conscience brutale d'une fin possible et, par conséquent, de la peur de mourir.

5.2.2. Désorganisation de la relation avec l'entourage social et familial

Selon le Dictionnaire Robert (2020), la désorganisation en psychologie désigne le fait de désorganiser, de troubler. Il traduirait une certaine perturbation, un bouleversement de ce qui était organisé. On retrouve cette désorganisation dans les relations que l'adolescent infecté par le VIH/sida entretenait avec son entourage. Il s'agit d'une perturbation des relations non seulement avec les membres de la famille mais aussi avec l'entourage social.

Après analyse des discours de nos participants, nous avons pu identifier une désorganisation de la relation avec l'entourage social et familial, différents dans leurs expressions chez chacun de nos adolescents mais communs dans l'idée générale de base à l'origine de cela.

5.2.2.1. Conflits familiaux

Le principe selon laquelle la maladie est un évènement qui atteint toujours et essentiellement un être social est à comprendre en un double sens. Il signifie tout d'abord que la maladie, en perturbant le fonctionnement biologique, perturbe l'homme en tant que sujet de relations aux partenaires de son environnement (Gennart, Vannotti & Zellweger, 2001).

Santiago-Delfosse (2009), parle ainsi d'un « *bouleversement corporo-social et affectif* ». Cet auteur précise par la suite que la maladie est un désorganisateur de la vie sociale c'est-à-dire vivre avec un corps malade modifie profondément cette relation que l'être humain entretient avec le monde.

Cela signifie que la maladie chronique est source de désorganisation dans les relations que les adolescents entretiennent avec les personnes de leur environnement. Cela s'observe au travers des conflits familiaux.

Adrien relate « *je ne m'entendais pas bien avec mon entourage ; quand quelque chose m'énervait, je m'emportais très vite. Je manquai du respect à mes parents, je les parlais*

mal...C'est tout cela qui m'a poussé à me révolter contre maman à un certain moment donné... J'étais toujours en colère avec mes frères à la maison ».

De même Maeva note « Je suis devenu un peu agressive avec tout le monde et en plus de cela, j'avais quelques problèmes à la maison avec mes tantes et tout. Bon ! Ça m'affectait aussi parce que parfois on balançait ça sur moi et tout. Donc du coup, mes tantes passaient le temps à dire certaines choses qui ne me mettaient pas très très à l'aise. Il fut un temps où j'avais même décidé de ne plus prendre le médicament. Ou bien parfois je prenais le médicament juste pour prendre »

La découverte/annonce de l'infection à VIH/sida chez ces adolescents engendre des conflits familiaux. Ils sont révoltés de subir cela de la part de leur proche. Ce qui se traduit par un changement de comportement ; c'est-à-dire mépris envers les parents, désobéissance et refus de prendre le médicament. Selon Dago-Akribi (2003), les conflits avec les parents qui sont figurent d'autorité qu'il rejette, se manifestent sous la forme de révolte, de culpabilité, de comportements marginaux (vol, alcool, cigarette...) comme pour s'affirmer, du refus de prendre les médicaments pour s'opposer aux figures d'autorité ou se venger en les faisant souffrir.

5.2.2.2. Difficulté dans le registre de l'intégration sociale

Pour Keable (2007), L'intégration est « la résultante d'un processus d'apprentissage et de développement qui implique une fonctionnalité dans l'exécution de rôles sociaux appropriés à son groupe d'âge et à ses capacités ; une appartenance à des groupes dont le fonctionnement respecte les règles, les valeurs et les normes, morales et légales, ainsi que des relations adéquates, stables et réciproques avec ces groupes dans lesquelles on se sent apprécié et investi en tant qu'individu » (p.3).

Dans le domaine relationnel/familial, l'intégration concerne l'ensemble des liens d'attachement qui relie l'adolescent à son réseau social, au premier chef, sa famille. La qualité de ces liens est tributaire de la fonctionnalité du réseau social de soutien dont dispose l'individu et des interactions de celui-ci avec les composantes de ce réseau. L'adolescence amène un élargissement du réseau social par rapport à l'enfance. De plus, aux liens en face à face avec les membres de ce réseau s'ajoutent des liens plus abstraits avec la société (Keable, 2007).

Ainsi, lorsque l'adolescent est victime d'une maladie chronique comme le VIH/sida, l'intégration sociale devient difficile pour ce dernier dans la mesure où il est sujet soit au

rejet, à l'abandon, à la stigmatisation et/ou à la discrimination venant de son entourage. Il va se replier sur lui-même, s'isoler et explorer moins son environnement.

Adrien déclare « *je ne parlais pas trop malgré que c'était aussi ma famille ; mais je ne me confiais pas trop à eux. Je ne voulais pas parler avec les gens ; j'étais un peu genre calme, toujours dans mon coin. Ce qui fait que même à l'hôpital j'étais vraiment timide... je ne parlais à personne* ».

De même, Valérie relève « *donc je voulais un peu me retirer, ne plus trop saluer les gens, ne plus trop me rapprocher d'eux... Avec cette maladie, je n'avais plus la force de courir comme avant. Donc faire le sport encore à l'école devenait difficile. C'était que quand il fallait faire le sport, je trouvais toujours une excuse ; je disais que j'avais l'asthme. Je préférais composer par écrit. A l'école même prendre encore les choses de mes amis était difficile. Donc j'étais toujours seule, j'avais peur que si je le fais vraiment ça peut aussi se passer* ».

Nous notons là une difficulté dans le registre de l'intégration sociale qui se traduit par l'évitement, l'isolement, la difficulté à entrer en contact avec l'autre et de pouvoir s'exprimer. Entre culpabilité et angoisse, l'adolescent peut s'avérer agressif pour s'affirmer malgré le VIH/sida ou refuser de ne grandir en ne s'investissant pas dans les activités sociales de son âge (Dago-Akribi, 2003). De même, selon Sayer & al. (1995) les adolescents infectés par le VIH/sida seraient moins tentés d'explorer leur environnement et d'expérimenter de nouveaux modes relationnels.

5.2.3. Facteurs déterminant les capacités créatrices

Pour Lubart et al. (2015) cité par Leudjeu (2017), La créativité est reconnue comme un attribut essentiel de l'espèce humaine. C'est sa capacité à imaginer, inventer, construire, mettre en œuvre un concept inhabituel, un nouvel objet ou à découvrir une solution originale à un problème. Il s'agit d'un processus psychologique permettant de faire preuve d'originalité dans la capacité d'associer différemment des choses, des idées, des situations, afin de mettre à jour une nouvelle solution ou un nouveau processus, et ceci en fonction de notre histoire de vie, de nos apprentissages, de notre vécu. C'est aussi une attitude, ou mieux une manière d'être au monde, de le percevoir de façon originale, de le vivre de manière constamment renouvelée.

Dans la construction de la créativité, des facteurs déterminant les capacités créatrices se mettent en place. De ce fait, chaque individu a sa manière à lui de développer ses capacités

créatrices et de mettre en place des processus de créativité à l'aide de certains facteurs dont font partis des mécanismes de défense du Moi.

5.2.3.1. Spiritualité

Pour Chouinard (2009), la spiritualité est l'un des facteurs qui permettent à l'être humain de donner du sens à sa vie. L'expérience de réadaptation à la suite d'un traumatisme ou d'une maladie peut devenir une occasion de transformation et de croissance spirituelle si elle s'inscrit dans le projet de vie de la personne. Ce qui signifie que, pour un individu, avoir une croyance, avoir et croire en une idéologie prônant certaine valeur participe à la construction de la créativité.

Au cours de notre analyse, nous avons ainsi pu remarquer que nos participants se sont beaucoup appuyés sur leur foi en Christ et sur les valeurs de la foi chrétienne pour fonder leur processus de créativité.

Nous le relevons lorsque Valérie énonce ces propos « *Comme on croyait aussi en Dieu, elle me dit aussi qu'il faut seulement beaucoup prier. Ne laisse pas ta foi se rabaisser sinon le diable va dire qu'il a gagné son trophée* ».

Elle poursuit en disant « *j'ai dit que ah ! Seigneur pourquoi est-ce que vous pouvez aussi faire le genre de truc si à vos enfants. Donc je me suis assise, j'ai dit que si je continue à rester sur ce genre de domaine, je ne vais pas pouvoir avancer et faire les choses que je disais que je devais faire les années avenir parce que dans ma vie, je disais que je devais être journaliste* ».

Dans la même mouvance Adrien s'exprime en ces termes « *si je suis comme je suis, c'est vraiment grâce à Dieu, c'est lui qui m'a soutenu dans cette période dite d'enfer jusqu'à maintenant. Je suis persévérant à Dieu* ».

Maeva emboite dans le même pas en s'exprimant ainsi « *Dieu sait pourquoi c'est arrivé. Je ne vais pas me morfondre* ».

Myriam le souligne aussi en s'exprimant « *C'est là où j'ai dit ah ! Si c'est de la volonté de Dieu je vais vivre avec ça. Je priais chaque jour si on peut trouver un remède par rapport à ce virus. Ma mère m'a demandé de garder la foi* ».

Pour ces adolescents, la spiritualité est pratiquement au centre de leur vie et, guide leur manière de vivre et de penser l'infection à VIH/sida. La spiritualité semble ainsi les aider à mieux accepter l'infection à VIH/sida et participe de ce fait à l'adaptation ou à l'assimilation par ces adolescents.

5.2.3.2. Rationalisation

La rationalisation est définie selon la tradition freudienne comme « le 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, un évènement, une idée, un sentiment dont les motifs véritables ne sont pas aperçus » (Laplanche & Pontalis, 1976, p.214).

Valérie l'exprime à travers les propos suivants « *C'est peut-être parce que je saluais les gens ; c'est peut-être parce que j'étais trop rapproché que peut être le virus a pu me toucher ou bien le fait de manger dans la même assiette que les autres que cela est arrivé* ».

De même Myriam mentionne « *Quand je vois les résultats, je vois que c'est plutôt moi qui est infecté mon petit frère n'est pas infecté. C'est lorsqu'elle se met à pleurer, c'est là où je lui dis que ce n'est pas grave. Je me disais que si j'ai ça je préfère mourir. Mais après ça, quand on a commencé à me conseiller, j'ai seulement dit ainsi va la vie mieux je supporte parce que moi je sais que ce n'est pas de la faute de ma mère. C'est arrivé comme ça* ».

Nous voyons là que ces adolescents essaient de trouver ou d'émettre un raisonnement logique ou rationnel pour justifier chacune de leurs pensées ou émotions qu'ils ont pu avoir ou qu'ils ont sur la situation de l'infection à VIH/sida. A chaque fois qu'ils s'expriment sur leurs pensées, ils l'accompagnent directement d'un justificatif sur le pourquoi ils pensent ainsi ou ont ressenti tel ou tel autre émotion à certains moments.

Chez Maeva, le procédé de rationalisation peut être relevé lorsqu'elle déclare « *au début je l'en voulais. Mais après, j'ai dit c'est la vie. Si c'est arrivé, c'est arrivé* ».

Maeva comme Valérie et Myriam tentent de justifier ou de trouver une justification à la découverte de leur statut sérologique, dont les causes ne sont pas toujours clairement identifiables. Ce procédé leur permet ainsi de tolérer cette expérience traumatique de l'infection à VIH/sida.

Ces adolescents, par cette activité de rationalisation essaient de répondre aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes et externes qu'a provoqué en eux, la découverte/annonce de leur infection à VIH/sida, ceci en dissimulant les motivations réelles de leurs propres pensées, actes ou sentiments derrière des explications rassurantes ou complaisantes, mais souvent erronées ; il s'agit d'un processus conscient et inconscient à la fois.

La rationalisation comme mécanisme de défense adaptatif, accompagne très souvent l'intellectualisation ; ce sont des procédés faisant parti du même niveau dans la classification des défenses selon de Tychey (2001).

5.2.3.3. Intellectualisation

Selon le DSM-IV, 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 ». Elle est un processus qui tend notamment à tenir à distance et à neutraliser les affects ce que ne fait pas directement la rationalisation qui leurs attribuera plutôt des raisons plausibles mais peu en rapport avec la réalité.

Pour de Tychey (2001) il s'agit « d'une des variétés d'isolation qui constitue un moyen de se protéger de l'intensité des affects de déplaisir en les évacuant pour privilégier le monde des idées et de la rationalisation logique. Les processus cognitifs qui le sous-tendent visent non pas à traiter les excitations pulsionnelles, mais à traiter la réalité à problèmes sous forme d'hypothèses, d'anticipations, de prévision en vue de l'atteinte d'une solution à valeur adaptative » (p.55).

Nous observons ce mécanisme chez Valérie lorsqu'elle déclare « *Maintenant, je suis comme auparavant. J'ai dit ah ! Le genre de cas qui m'était arrivé là, c'était juste du passé. Changeons de page. Faites comme si rien n'était...Maintenant, quand ma mère est tombé gravement malade, j'ai dit que si c'est vraiment le cas, si c'est vraiment que Dieu a voulu que cela soit ainsi en faisant que maman puisse faire l'accident... Moi j'ai dit que s'il n'y a pas l'argent, beta moi je m'en vais au marché pour l'aider à continuer ses petites cotisations. L'école n'a pas l'âge et tout ça. J'ai dit que même si je disais qu'en tel classe j'aurai tel âge pour arriver à l'université, que je ne serai pas trop vieille. J'ai dit qu'il n'y a pas de problème. Il y a même d'autres qui ont les 25 ans, ils sont toujours à l'université. Combien de fois moi* ».

Par la suite elle ajoute « *Il faudrait que je puisse faire parce qu'il y a d'autres filles qui ont souvent l'habitude de dire que moi je ne peux pas faire ça. Eh ! Moi je suis d'abord une belle fille. J'ai la bonne peau ; j'ai ceci cela, non moi je ne vais pas aller peut-être blesser mes ongles, je ne veux pas que comme si, comme ça par si. J'ai dit que non ; cela n'est rien pour moi. Il faudrait que je puisse m'abonner et vendre le charbon de maman* ».

Nous voyons qu'émettre ces hypothèses, ou croire en celles formulées par l'entourage, permet à Valérie de se dédouaner, d'essayer de sortir du sentiment de culpabilité en se croyant

coupable de l'infection à VIH/sida. Elle permet au sujet d'éviter d'être confronté à son implication personnelle dans une situation conflictuelle.

Il convient de voir l'ensemble de ces mécanismes de défense comme autant de procédés intrapsychiques susceptibles de favoriser la résilience chaque fois que le sujet est confronté à un trop plein d'excitations source de stress et de déplaisir comme c'est le cas avec la situation de l'infection à VIH/sida chez l'adolescent. Ils constituent ainsi des facteurs de protection pour Valérie qui les utilise de façon assez souple et non rigide.

5.2.3.4. Fixation des buts/objectifs

Les buts ou objectifs, sont eux aussi des facteurs de protection importants, évoqués par la littérature (Nader-Grosbois, 2010).

Pouvoir se fixer des buts ou objectifs permet au sujet de rester sur la même ligne, d'avoir comme un état d'esprit général. Ces buts peuvent être fixés conjointement avec un tuteur de résilience et faciliter ainsi l'émergence de certaines potentialités ou ressources personnelles. Les buts collectifs servent donc d'agent de liaison cognitif entre le sujet et son tuteur de résilience.

Pour Adrien « *Je mets un certain nombre de prédispositions pour atteindre cela. J'ai un objectif c'est de réussir dans ma vie. Pour cela je dois d'abord bien me concentrer à l'école. Après ma licence mes parents ont décidé m'inscrire dans une école de formation et je suis de tout avis avec eux* ».

Il ajoute « *Mais maintenant je me focalise sur mon objectif. J'ai mes projets à réaliser et ce n'est pas la maladie qui viendra tout gâter ou m'anéantir* ».

Maeva note également à propos « *J'ai décidé me concentrer à mes études et obtenir mon bac. Mon objectif premier c'est d'être psychologue. Je dois donc obtenir mon bac puis aller m'inscrire pour faire psychologie de l'enfant parce que j'aime bien les enfants. Le docteur et même mes parents m'encouragent beaucoup dans ça vu que c'est ma passion. Je veux aider comme je l'ai toujours fait et que je continue de faire* ».

Pour Myriam « *moi mon rêve est d'être BIR et pour moi, j'ai un peu les doutes parce que quand je regarde ma santé, je me dis peut-être en voulant être ça et qu'on voit mon état de santé, on va refuser. Ma mère et mon père m'ont dit que non. Ça ne peut pas ; si c'est vraiment mon rêve, je dois faire tout pour réussir. Mes parents m'encouragent vraiment dans ce sens. Donc j'ai intérêt à bien faire mon école... Pour le moment, c'est ma famille et mes*

rêves c'est-à-dire ce que je serai demain qui me pousse à aller de l'avant et c'est ça qui fait ma force. Pour ça, je dois vraiment réussir à réaliser cela ».

Nous notons qu'il existe un certain parallélisme entre ces adolescents dans leurs projets. Tous ambitionnent en premier de finir leur cursus scolaire et par la suite de réaliser leur rêve dans le domaine professionnel. Il est donc question-là, de missions que se donne l'adolescent et cela sous le regard d'un proche qui est pris ici comme un tuteur de résilience favorisant l'émergence des ressources personnelles. Cela concourt au maintien et à la stabilité de l'identité de cet adolescent.

5.2.3.5. Recours à l'imaginaire

Selon le Dictionnaire Encyclopédique, l'imaginaire peut être défini comme le fruit de l'imagination d'un individu, d'un groupe ou d'une société, produisant des images, des représentations, des récits ou des mythes plus ou moins détachés de ce qu'il est d'usage de définir comme la réalité. L'imaginaire témoigne de la subjectivité de la personne. Les images qui traversent l'esprit sont présentes avant même que l'on tente de les inscrire dans la normativité symbolique du langage. Elles appartiennent à la singularité de l'histoire personnelle (Védrine, 1990).

Pour Malrieu cité par Tauzin (1969), l'imagination est un travail de mise en sens de l'expérience, dans la mesure où elle est une exigence de travail de l'histoire se faisant et des modalités d'interprétations de cette histoire. L'imaginaire apparaît donc comme la concrétisation en une réalité instable de réalités hétérogènes venues de mondes très divers. Il est entrainement vers l'avenir, révélation pour l'individu qu'il possède plus de possibles qu'il ne croyait.

Adrien narre *« il m'arrivait de penser à mon avenir, je me disais donc mon avenir est fini comme ça, je pensais à ma mère qui sombrait, j'ai donc décidé de me remettre et d'avancer ; Même à l'école face à un certain problème je m'imagine dans ce problème ».*

Le fait pour Adrien d'imaginer un avenir sans lendemain l'amène à faire preuve d'imagination. Il va transformer la réalité et se représenter cet autrui qu'il voudrait être. Cette réalité va être transformée à partir de ses expériences vécues.

Comme nous le dit Breton, le monde des rêves et le monde réel ne font qu'un. L'imaginaire se déploie, se combine, se crée dans deux jeux d'associations, à partir desquels se tissent et se défont les pensées entre le monde et l'entendement humain.

En effet, l'imaginaire est essentiel au développement de la pensée symbolique et de la créativité. Il agit comme contenant psychique pour soutenir un moi-peau défaillant (Henri-Juillard & Mazoyer, 2014). Ainsi, l'adolescent infecté par le VIH/sida ferait preuve d'imagination pour transformer ses sensations en représentation. En s'enfermant dans son monde imaginaire, l'état d'alerte diminue, l'adolescent éprouverait un sentiment de liberté qui pourrait lui donner la possibilité de se représenter et le désir à nouveau de converser avec l'autre.

Myriam déclare « *Parfois aussi il m'arrive de penser aussi à mon avenir. Peut-être un jour je serai chez moi avec mes enfants, peut être avec mon mari. Donc c'est un peu ça* ».

5.2.3.6. Environnement soutenant

Le soutien social est une ressource adaptative importante. Il atténue le stress et agit comme facteur de protection qui participe à l'élaboration de la résilience favorisant ainsi l'émergence des potentialités créatrices des adolescents face à l'infection du VIH/sida.

Nos adolescents ont reçu un soutien considérable de la part de leur entourage familial, amical et des services ou organismes institutionnels de prise en soin des personnes vivant avec le VIH/sida.

Nous le relevons chez Adrien lorsqu'il affirme que « *Donc avec le temps, la sensibilisation aussi à l'hôpital m'a permis de me remettre ; avec le soutien de l'hôpital je commençais un peu à ne plus me mettre dans la peau d'un malade* ».

« *J'ai plutôt le soutien venant de ma famille, plus précisément de ma mère, de l'hôpital aussi* ».

Cela s'observe aussi chez Maeva qui note « *le docteur a su me consoler en me disant que ce n'est pas la fin du monde. Il m'a expliqué un tas de choses... Justement je ne sombre pas parce qu'il y a ma famille, mes amis, il y a les connaissances* ».

Elle continue en disant « *Tout ne baignait pas au parfum en famille mais avec l'aide du personnel de l'hôpital j'ai réussi à vaincre cela. J'ai eu beaucoup de soutien surtout au début venant de l'hôpital. Le personnel du CTA m'a beaucoup soutenu. Ces responsables me disaient que la vie est faite ainsi mais que je ne dois pas me morfondre sur mon sort parce qu'il y a d'autres qui ont même... par exemple ils m'ont pris le cas des diabétiques qui souffrent. Qui ont des contraintes et tout. Par contre, une personne qui porte juste le virus du VIH/sida n'a pas de contrainte. Il peut faire ce qu'il veut ; manger ce qu'il veut et tout ; il n'y*

a pas de limite. Ils m'ont montré les avantages que les autres malades souffrant d'autres maladies graves n'ont pas ».

A la lecture de ce verbatim, on note à quel point, le personnel soignant a été et continue d'être une ressource pour la reconstruction de l'équilibre psychique de l'adolescent et par ricochet de l'équilibre dans le réaménagement de son identité. L'information utile et pertinente, donnée en temps opportun par les acteurs du secteur de la santé et reçue par l'adolescent contribue à enrichir les connaissances de l'adolescent infecté et le cheminement qui sera le leur et par conséquent, elle sert de levier de bouclier au stress et à l'anxiété causée par « *l'inquiétante étrangeté* » qu'était l'infection à VIH/sida.

A la suite de la lecture de ces verbatims, nous pouvons observer que le soutien familial (inter et intergénérationnel) de même qu'institutionnel ont été très présent pour nos adolescents par rapport au soutien amical.

Nos adolescents semblent avoir davantage recours à l'aide fournie par leur environnement pour les suppléer dans la gestion des tâches ou dans la réalisation de leurs objectifs. Myriam déclare « *pour que je me dégage, ma mère me faisait partir dans des endroits pour me dégager. Elle me faisait faire les balades... moi mon rêve est d'être BIR et pour moi, j'ai un peu les doutes parce que quand je regarde ma santé, je me dis peut-être en voulant être ça et qu'on voit mon état de santé, on va refuser. Ma mère et mon père m'ont dit que non. Ça ne peut pas ; si c'est vraiment mon rêve, je dois faire tout pour réussir. Ma force c'est le soutien de ma famille plus précisément de ma mère et de mon frère ».*

5.2.4. Rapport positif à soi

Pour Honneth (2008), le rapport positif à soi d'un individu étant inter subjectivement constitué, il est également inter subjectivement vulnérable, de sorte que l'identité personnelle est intimement liée à un besoin de reconnaissance, au sens d'un besoin de voir reconnue notre propre valeur par autrui. Cela signifie que, le sujet entretient un rapport positif à soi en fonction de la reconnaissance de l'autre.

Le rapport à soi dont il est question ici est tout simplement la relation que le sujet entretient avec lui-même et de façon subjective. Ce rapport passe par un ensemble de facteurs qui vont permettre au sujet de se revaloriser, de prendre conscience de son existence et de se faire à nouveau confiance.

5.2.4.1. Optimisme

Selon le Dictionnaire le Robert (2020), l'optimisme est une tournure d'esprit qui dispose à prendre les choses du bon côté, en négligeant leurs aspects fâcheux. Sentiment de confiance dans l'issue d'une situation.

Pour Martin-Krumm (2012), être optimiste c'est être confiant dans l'issue positive d'un évènement.

Le terme optimisme est présent dans le discours de Adrien qui déclare *« je ne me focalise pas trop sur ça ; j'essaie de me calmer en regardant devant et non derrière. J'ai un objectif, c'est de forger une personnalité sans trop penser à ce que j'ai en moi et en écoutant pas les propos malveillants. Mais maintenant je me focalise sur mon objectif... J'ai mes projets à réaliser et ce n'est pas la maladie qui viendra tout gâter ou m'anéantir... Mais j'ai décidé de prendre les choses telles qu'elles sont. De me forger un Adrien fort et souriant »*.

Adrien essaie de prendre les choses du bon côté pour pouvoir se surpasser de l'infection à VIH/sida. Il met de côté toutes sortes de préjugés à son égard et développe une attitude positive en se focalisant dorénavant sur son avenir.

Valérie s'exprime en disant *« j'ai essayé un peu de pleurer mais après j'ai vu que les pleurs n'allaient pas résoudre à quelque chose. Je me suis dit le passé c'est le passé, l'essentiel c'est seulement que je prenne mon médicament. Du genre comme si rien n'était pour ne pas attirer l'attention des gens. Toutes ces moqueries et tout ça. J'ai changé, j'ai décidé de transformer le négatif en positif. J'ai dit fini les moqueries, je jette la honte au chien, en disant à maman que s'est fini tout ça »*.

Maeva fait également preuve d'optimisme. Elle le déclare en disant *« J'ai mes objectifs à atteindre. Réussir à mon examen et devenir psychologue par la suite. C'est avant que ça me dérangeais. Bon je suis différente aujourd'hui de l'ancienne Maeva parce que je me suis dit, pour atteindre mes objectifs, pour pouvoir faire tout ce que j'ai en tête, il faut juste que je sois optimiste »*.

Nous notons là chez ces adolescents une transformation positive. Ces derniers désormais voient la vie de façon positive. Ils adoptent une attitude positive face à l'infection à VIH/sida.

5.2.4.2. Autodétermination

Selon le Larousse, l'autodétermination est l'action de décider par soi-même et en particulier, action par laquelle un peuple choisit librement son statut politique et économique.

L'autodétermination renvoie à une conception où la personne est vue comme étant la mieux placée pour savoir ce qui lui convient (Biestek & Gerig, 1978 ; Freedberg, 1989 ; Perlman, 1965), pour faire des choix et les élaborer (Weick & Pope, 1988).

Pour Sands et Wehmeyer (1996) cité par Nader-Grosbois (2009), définissent l'autodétermination comme étant « les habilités et attitudes requises chez une personne, lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes » (p.24). Aussi les attitudes sont autodéterminées seulement si elles présentent les quatre caractéristiques essentielles suivantes : (1) la personne agit de manière autonome ; (2) le comportement est autorégulé ; (3) la personne agit avec « empowerment » psychologique ; (4) la personne agit de manière auto réalisée (Lachapelle & Boisvert, 1999 cité par Nader-Grosbois, 2009).

Cette autodétermination est observée à plusieurs niveaux dans le discours de nos participants.

Adrien relate « *j'ai décidé de prendre ma vie en main ; à reconstruire ma vie. Je me suis dit vraiment il faudrait que je me remette. Je suis déterminé et j'ai toujours eu foi en moi dans ce que je fais. Bon quand je fixe un objectif, j'atteins cet objectif. Je suis un gars déterminé et je compte arriver au bout de mes rêves* ».

De même Maeva relève « *je me dis, je dois réussir à mettre du sourire, à donner du sourire au gens. Et je réussis toujours à le faire quel que soit ce qui peut être comme obstacles. Quand je veux faire quelque chose, je me mets à fond et je réussis* ».

On note chez ces adolescents une prise de décision véritable. Une forte détermination qui les poussent à avancer en laissant derrière eux tout ce qui pourrait les empêcher à avancer, à sombrer davantage.

Pour Crettenand (2013), l'autodétermination présuppose donc à la fois la capacité de choix (un choix et des ressources pour choisir existent), la capacité d'initiative (pouvoir agir en fonction de ses décisions) et la capacité à prendre ses responsabilités (assumer les conséquences de son choix et de ses actes).

Cela s'observe chez nos adolescents qui s'expriment en disant « *J'ai décidé reprendre ma vie en main. Du genre avec la famille, c'était du genre, J'ai pris la décision en disant que si c'est peut-être parce qu'on a dit que je ne puisse plus manger dans la même assiette qu'eux, à partir d'aujourd'hui je le ferai. J'ai maintenant pris décision, j'ai dit que si c'est l'école, il faudrait que je puisse continuer malgré mes petits efforts que je faisais. J'ai vu que si je baisse les bras, ma grande sœur ne va plus pouvoir aller à l'école ainsi que moi-même. J'ai dit qu'il faut que je laisse cette amertume ; je laisse, reste derrière, moi je ne suis plus*

avec toi ; il faut que moi je continue. J'ai décidé de prendre le train en marche ; c'est moi qui va assurer la survie de ma famille jusqu'à ce que maman se rétablisse en allant au marché, en aidant maman à faire ses cotisations. Maintenant pour aller au marché ce n'est plus ma grande sœur qui va aller, c'est maintenant moi qui vais la remplacer » (Valérie).

« Je veux atteindre mes objectifs et ce fichu virus ne va pas m'empêcher de le faire » (Myriam).

Ainsi cette autodétermination participe à rendre ces adolescents autonome, indépendant et à avoir plus confiance en eux-mêmes.

5.2.4.3. Confiance en soi

Du latin *confidere*, signifiant « compter sur », la confiance fait référence à l'ancrage personnel que l'on développe : une stabilité, une sécurité intérieure et une quasi-certitude que l'on saura faire face, d'une façon ou d'une autre, aux situations présentes et à celles que l'avenir réserve (Eve, 2019).

Garnieu (1999) définit la confiance en soi comme « une prédiction réaliste et ponctuelle qu'on a les ressources nécessaires pour faire face à un genre particulier de situation ».

Cela transparait dans les propos des adolescents. Adrien déclare « *j'ai pris confiance en moi. Hors mis cela, j'ai ma propre détermination, je suis quelqu'un de confiant* ».

Dans la même logique, Myriam s'exprime en disant « *je ne dois pas baisser les bras. Pour cela je suis confiante dans ce que je fais. Je dois toujours être forte, et affrontr la vie* ».

Pareillement Maeva relève « *je peux dire que je suis quelqu'un de confiant. J'ai toujours eu confiance en moi. En m'impliquant déjà comme je le fais* ».

Nous relevons dans le discours de ces adolescents le concept de confiance qui revient à chaque fois. Ils disent avoir confiance en eux

5.2.4.4. Respect de soi

Le respect est un sentiment d'égard envers soi-même et qui se manifeste par une attitude pleine de considération (Sarrasin, 2015).

A la suite de l'analyse du discours des participants, nous avons relevé le respect de soi chez ces adolescents.

Adrien note « *je fais ce qu'il faut à propos de l'hygiène. Je vis avec la maladie en me protégeant, en prenant correctement mes médicaments. Je suis comme je suis, mais je suis aussi malade et pense aussi à ma propre hygiène en prenant mon médicament* ».

Pour Sarrasin (2015), pour nous respecter, nous devons nous estimer suffisamment. L'estime de soi harmonise notre vision de nous-mêmes, supporte la confiance et nous aide à nous affirmer.

« J'ai commencé à prendre mon médicament. J'ai seulement persévéré en buvant les remèdes. Je continue à refaire comme avant tout en prenant juste mon médicament, en respectant mes rendez-vous. J'ai commencé à respecter, à prendre le médicament. C'était du genre, quand on faisait les prélèvements, quand les résultats sortent, on appelait maman, on lui disait comme vous voyez là, pour Valérie a été bon. Ça m'encourageait déjà aussi à pouvoir bien prendre mon médicament... J'ai commencé à prendre mon médicament normalement, manger ensemble, enlever cette amertume qui me poussait à faire les choses qui n'étaient pas bonne » renchérit Valérie.

Myriam note également ce respect dans son discours en disant *« Donc je prenais soin de moi »*.

En effet, face à la découverte/ l'annonce de l'infection à VIH/sida, les adolescents ont repris confiance en eux. Et cela passe par le respect de soi et l'acceptation de la situation à VIH/sida.

5.2.5. Réajustement des composantes de l'identité et modifications dans l'organisation quotidienne

Le réajustement est l'action de rectifier une situation pour le faire correspondre à un état précédemment observé.

Le réajustement des composantes de l'identité correspondrait à la modification, à la réorganisation et à la restructuration de l'identité.

Après analyse des discours de nos participants, nous avons pu identifier plusieurs formes de réajustements qui concourent au réaménagement identitaire chez ces adolescents.

5.2.5.1. Acceptation

Selon Villate (2011), l'acceptation est une forme de réception volontaire : elle admet et reconnaît la souffrance psychologique (la tristesse, la culpabilité, la peur, la honte), mais en refusant de se laisser envahir par elle. Une fois la douleur psychologique acceptée, elle ne doit plus être un frein à l'action.

Adrien relève *« J'ai pris ça en moi, j'ai appris à vivre avec. J'ai accepté vivre avec »*.

Valérie s'exprime à propos « *je continuais à mener la vie d'avant. Je faisais comme si rien n'était. Je faisais déjà l'effort d'enlever cette peur* ».

De même Myriam mentionne cela en disant « *J'ai décidé être libre. Chaque personne est unique à son genre. Certes j'ai le virus, je suis unique à moi* ».

Cela s'observe aussi chez Maeva qui dit « *J'accepte mon statut et j'espère juste que ceux qui m'entoure puisse m'accepter avec cela comme moi j'ai eu à le faire dans le passé et que je continue même à le faire parce que présentement j'aide les autres adolescents infectés à vivre une vie épanouie* ».

Nous notons chez ces adolescents une forme d'acceptation de l'infection à VIH/sida. Cette acceptation vise justement pour ces adolescents à s'engager dans les activités importantes sans se laisser paralyser par leurs peurs, leurs angoisses ou toute autre forme de résistance psychologique. Cette acceptation pousse ces adolescents à ne plus s'abandonner.

5.2.5.2. Implication dans les activités de la vie quotidienne et des activités de sensibilisation lié au VIH/sida

L'implication est l'état de quelqu'un qui est impliqué dans une affaire, le dévouement, la conséquence attendue de ce qui est impliqué par quelque chose.

L'infection à VIH/sida, à amener ces adolescents à s'impliquer dans les activités de la vie quotidienne et de sensibilisation. Ils éprouvent le désir de venir en aide aux personnes qui se trouvent dans la même situation qu'eux.

Adrien s'exprime « *Il m'arrive aussi de me protéger dans la vie en évitant de contaminer les autres et de sensibiliser les autres adolescents qui sont infectés comme moi* ».

Dans le même registre Maeva relève « *Par exemple à Jamot, beaucoup de jeunes m'écoutent, beaucoup et énormément. La plupart d'entre eux, c'est moi qui les aide parfois en quelque sorte. On peut dire que je ne vis pas vraiment pour moi, je vis pour les autres. C'est un sacrifice. S'ils sont heureux je le suis aussi. Je me soucis de prime à bord des autres. C'est mon objectif premier. Rendre l'autre heureux et surtout ceux qui sont infectés comme moi. Il y a tellement de jeunes qui ont besoin d'aide et ils ne sont pas à l'aise avec les adultes et tout. Et il préfère causer avec des jeunes comme eux ou bien des personnes plus relaxes comme eux ; même avec les grandes personnes, je cause souvent avec les grandes personnes de Jamot. Ils sont plus à l'aise avec moi. C'est le fait d'aider qui m'aide aussi à me sentir mieux* ».

« *Il faudrait que je puisse sensibiliser et faire comme auparavant* » (déclare Valérie).

Nous relevons à la suite de ces brides du discours que le fait pour ces adolescents d'être impliqué dans les activités de sensibilisation ou de vie quotidienne participent à leur bien-être et contribue au réaménagement identitaire. Ils se sentent mieux en aidant les autres à se remettre.

5.2.5.3. Réorganisation de la vie sociale et ouverture à de nouveaux modes de vie

Selon le Dictionnaire Larousse (2018), La réorganisation est l'action de modifier le mode d'organisation de quelque chose, dans le but d'améliorer son fonctionnement.

Suite à la découverte de l'infection à VIH/sida, on voit une restructuration dans la vie de ces adolescents, un changement dans leur mode de fonctionnement, dans leur manière de vivre en société au quotidien.

Cette réorganisation transparait dans les propos de Adrien lorsqu'il déclare « *j'ai appris à vivre avec les autres en mangeant avec eux, en jouant avec eux. Je vis comme si je ne suis pas malade ; je vais à l'école* ».

Dans le même ordre d'idée Valérie relate « *La manière de faire avec mes amis ou bien mes frères n'est plus... on fait maintenant presque tous ensemble. Comme si rien n'était, comme si je n'avais aucune maladie... L'année passée je suis allée à l'école faire sport. J'ai recommencé à faire le sport. J'avais décidé que maintenant je vais puiser l'eau normalement, je vais commencer à le faire, manger dans la même assiette, collaborer avec mes frères et sœurs. Qu'on va commencer. Se porter même les habits, on va commencer à le faire ; maintenant pour aller au marché ce n'est plus ma grande sœur qui va aller, c'est maintenant moi qui vais la remplacer. On a recommencé à faire comme si rien n'était. Faire les fêtes ensemble* ».

Elle continue en disant « *J'ai dit que comme maman a chuté là, il faudrait que je puisse entrer. Si je laisse là, on ne va pas pouvoir manger, peut-être l'année prochaine, les choses qu'il faudrait acheter, je n'aurai pas ces choses-là. Il faudrait que je puisse le faire* ».

Myriam quant à elle affirme « *Déjà bien avant que je sois informé, j'ai appris à prendre soin de moi très tôt. C'est avec la découverte de cette infection, que j'ai redoublé plus d'effort...j'étais devenu la mère de la maison. Je prenais soin de moi, et de mon petit frère ainsi que de maman. J'ai décidé me mettre à la place de tout le monde. Et du côté de ma mère, je me mets à sa place. Donc je suis la mère de la maison quand elle n'est pas là. Je dois me battre pour mon petit frère. S'il n'y a rien à manger par exemple, on va faire des jobs ; on va par exemple au restaurant pour qu'on puisse avoir de l'argent* ».

Nous relevons chez ces adolescents un certain redéploiement, une prise en main véritable dans leur mode de fonctionnement. Ils ont décidé de changer leur façon de penser et de vivre en société sans plus se soucier de ce que peuvent dire les autres sur leur état de santé. Ils se comportent et se considèrent désormais comme des personnes en bonne santé.

5.2.5.4. Modifications dans les rapports à l'environnement

La modification est un changement apporté à quelque chose. Ainsi, nous notons un changement dans le mode relationnel des adolescents infecté par le VIH/sida et une ouverture à de nouveaux modes de vie qui marque une véritable voie de réaménagement identitaire.

Cette modification est présente dans le discours d'Adrien qui relate « *Je vis avec la maladie en me protégeant, en prenant correctement mes médicaments et en évitant de nuire aux autres tous en les protégeant. J'ai appris à prendre mes décisions par moi-même sans nuire à autrui* »

Valérie note également « *Je faisais alors mon maximum possible de me rapprocher comme auparavant de ma mère, de ma famille, de mes amis jusqu'à ce que tout le monde comprenne. Il fallait qu'ils comprennent et que dans mon coin je respecte juste l'hygiène pour ne pas les contaminer... Je les ai amenés à ne plus croire qu'être infecté par le VIH/sida c'est la fin du monde. J'ai pris la décision. Même à l'école, je suis allée et j'ai dit à mes amis vous voyez là, ce n'était juste qu'un petit problème ; c'est déjà passé. J'ai commencé à faire les choses par ci par là, prendre les choses comme je disais ; commencer à faire pour que je puisse aller à l'école. Il faudrait que je puisse sacrifier mon année pour que je puisse aider maman à pouvoir faire ses petites cotisations ; pour avoir le pain quotidien à la maison ; prendre soin de mes cousins et mes cousines. J'ai décidé être la mère de la maison. Aidez maman. De prendre soin de mes cousins et mes cousines ; de collaborer avec eux. Donc de faire comme si rien n'était. Continuer à faire comme auparavant, sourire, jouer avec mes amis, faire du sport, aller courir comme on avait l'habitude. Donc reprendre le sourire, donc toujours être en harmonie avec ceux qui m'entourent ainsi que ma famille* ».

Nous notons également dans les propos Maeva un changement dans ses rapports avec l'environnement. Elle déclare « *Bon ! Bref, en fait c'est que je garde le sourire et le moral haut devant les gens pour les encourager aussi, pour les aider. J'aide les autres. En fait, je cherche à tout faire pour qu'ils ne soient pas comme moi. Bon je veux aider ; aider les autres qui sont presque comme moi, je m'arrange à être droite et tout et pour aider les autres qui sont comme moi. Je fais l'effort aussi de m'arranger et pour qu'ils voient que bon, elle est ...*

si c'est qu'elle est comme ça, si c'est qu'elle nous dit de faire telles choses telles choses et qu'elle est comme ça, tant mieux ; ça veut dire qu'on doit aussi faire comme elle et tout ».

Dans la même lancée elle relate « *ça va mieux en famille même avec mes amis et mes proches. Je n'ai pas de problème avec qui que ce soit. ... Mais cela n'empêche que je partage pleines de chose avec mes proches. Il y a ce sentiment d'être en relation qui m'anime vu que je m'investis déjà au quotidien pour le bien-être de l'autre et je me sens vraiment écouté ».*

Nous pouvons voir dans les propos de ces adolescents une modification dans les rapports avec l'entourage. Ces adolescents investissent au quotidien dans leur rapport avec autrui et cela passe par l'entente, la collaboration en famille, et l'aide portée à l'autre.

5.2.5.5. Système de monitoring

Selon Le Robert (2013), le monitoring est une surveillance à l'aide d'un moniteur. C'est un ensemble de techniques permettant d'analyser soit, en électronique, la qualité d'un enregistrement, soit en médecine les réactions physiopathologiques d'un patient (Soubiran, 1975).

Le monitoring a fait son apparition dans l'histoire de nos participants. Il s'agit d'un système de surveillance qui consiste à amener l'adolescent à sortir de sa solitude, à se revaloriser et avoir confiance en soi. Il est question d'un planning élaboré par l'adolescent sous la surveillance d'un tuteur de résilience lui permettant de mieux s'organiser afin de vivre une vie épanouie.

Nous pouvons le voir dans les propos de Myriam qui note « *Généralement je me lève à 5heures, je fais le ménage de ma mère. Quand je finis, j'apprête mon petit frère pour qu'il part à l'école, moi-même je m'apprête pour aller à école. En revenant, c'est moi qui dois faire la cuisine parce que je n'accepte pas que ma mère face la cuisine pour moi. Je fais la cuisine et après on se réveille, on étudie. Bon le vendredi soir, je peux décider de partir faire sport avec mes voisins ou avec mes sœurs. Donc c'est un peu comme ça que j'essaye de fonctionner au quotidien ».*

Dans le même registre Valérie rétorque « *c'était du genre, je partais à l'école, je mangeais avec mes frères et sœurs, on faisait tout ensemble. Le weekend, on fait le marché, on faisait tout... Si je vois peut-être qu'il est l'heure du médicament, je retourne à la maison. À cette époque je n'avais pas encore le téléphone. C'était ma grande sœur qui me tenait informé que clémence comme tu vois là, il est déjà l'heure de prendre ton médicament. Quand*

elle n'était pas là, on avait la télé à la maison. Dès que je vois qu'il est 20h30, je mets le journal, je m'en vais vite dans la chambre. Dès que je le prends, je reviens. Si j'ai peut-être à faire comme devoir, ou bien peut être mangé, ou bien peut être passé un peu de temps avec mes sœurs et mes frères je le fais. Après maintenant vers une certaine heure-là, on tape les divers et après dès qu'il est l'heure d'aller apprendre, je les laisse. Je partais dans ma chambre, je faisais ce que je pouvais faire ; le lendemain je me réveillais. Comme rien n'étais, je continuais ce qu'il fallait faire. Pendant le weekend, on avait souvent l'habitude d'aller au marché ».

Nous notons là une notion de temps qui revient toujours dans le mode d'organisation de ces adolescents. Le fait pour eux d'élaborer un planning leur permet de sortir de la solitude et de mieux vivre avec les autres.

Maeva relate à son tour « on a pu trouver des stratégies ensemble. Comme par exemple comment faire pour ne pas oublier de prendre mon médicament ; comment faire pour être souriante comme les autres ? C'est un peu ça. Donc on s'est fixé des objectifs que je devais atteindre. Et ils me suivaient constamment. Bref ce n'était pas facile mais j'ai tenu le coup parce que comme je disais, j'ai décidé de ne pas faire souffrir les personnes qui m'entourent. J'ai appris à faire tout seul. J'ai élaboré un emploi du temps que j'ai affiché dans la chambre pour toujours me rappeler du jour où je suis sensé prendre mon médicament à l'hôpital. J'ai mis le réveil dans mon téléphone pour me rappeler de l'heure de la prise du médicament ».

Adrien quant à lui mentionne « le matin je fais toujours de mieux ce qui me passionne comme l'école, la télévision et le téléphone ».

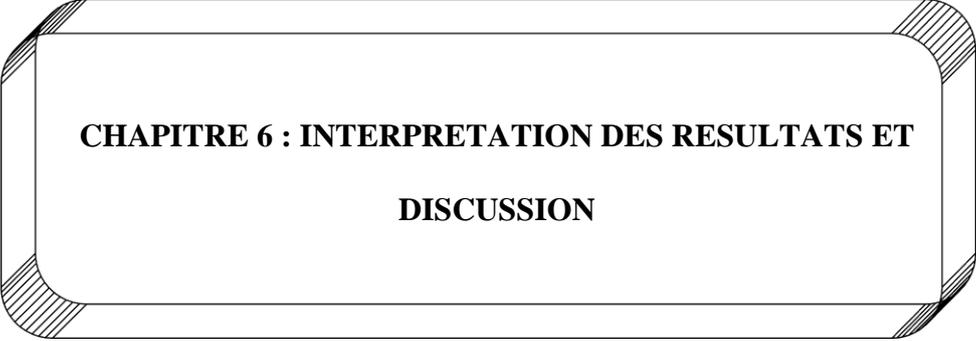
Le monitoring est donc un système qui permet à l'adolescent de mieux planifier et organiser ses activités quotidiennes. Pour cela il élabore un planning lui permettant de toujours être en activité. Et cela nécessite parfois une attention conjointe venant d'un tuteur. Ainsi, l'adolescent peut se sentir capable, peut se valoriser et entrer facilement en contact avec les autres. Il est question souvent parfois d'un exercice qu'on soumet à l'adolescent dans le but de le faire sortir de sa solitude.

Ainsi, face à l'annonce ou à la découverte de l'infection à VIH/sida, les adolescents ont chacun co-construit leur réalité en fonction de leurs propres systèmes de perception : ils ont mis en œuvre leurs capacités créatrices.

Aussi, chacun de ces mécanismes mis en place face à l'annonce ou à la découverte de l'infection à VIH/sida a eu un retentissement sur leur identité. Ils ont contribué au réaménagement de leur identité.

Cette partie de notre travail vient de présenter les résultats que nous avons obtenus lors de la collecte des données. L'objectif de ce chapitre était de faire une analyse des entretiens que nous avons obtenus avec nos participants. Nous avons fait une analyse thématique basée sur les éléments saillants du discours produit par nos participants. Une analyse séquentielle a été faite pour compléter l'analyse thématique. De cette analyse, il ressort comme thèmes, le vécu traumatique face à l'annonce/découverte de l'infection à VIH/sida, la désorganisation de la relation avec l'entourage social et familial, les facteurs déterminant les capacités créatrices, le rapport positif à soi et le réajustement des composantes de l'identité et modifications dans l'organisation quotidienne.

Tous ces aspects rendent compte à leur niveau comment l'annonce/découverte de l'infection à VIH/sida a retenti sur l'identité des adolescents. Ces résultats seront interprétés dans le chapitre suivant à la lumière de l'approche théorique retenue.



**CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET
DISCUSSION**

Ce chapitre est principalement consacré à l'interprétation des résultats obtenus et à leur discussion. Pour y parvenir, nous allons dans un premier temps faire la synthèse desdits résultats. Puis, 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 et nous terminerons par une présentation des perspectives de notre étude.

6.1. SYNTHÈSE DES RESULTATS

Cette recherche porte sur les capacités créatrices que les adolescents mettent en place face à l'annonce/découverte de l'infection à VIH/sida et qui leurs permettent de réaménager leur identité. Les résultats de notre étude proviennent des données collectées auprès de quatre adolescents camerounais. Il s'agit de Adrien 21 ans, Myriam 15 ans, Valérie 16 ans et enfin de Maeva 19 ans qui découvrent qu'ils sont infectés par le VIH/sida entraînant ainsi un bouleversement dans la construction de leur identité.

Il ressort des entretiens que nous avons menés auprès de ces adolescents, les données significatives autour des thèmes suivants :

- Traumatisme lié à l'annonce/ découverte de l'infection à VIH/sida
- Désorganisation de la relation avec l'entourage social et familial
- Facteurs déterminant les capacités créatrices
- Rapport positif à soi
- Réajustement des composantes de l'identité et modifications dans l'organisation quotidienne

Ainsi, les adolescents Adrien, Myriam, Valérie et Maeva, face à l'infection du VIH/sida, ont eu dans un premier temps un vécu traumatique de cette expérience. Ce vécu traumatique de ces adolescents s'observe à travers les modalités de sentiment de solitude, de sentiment de culpabilité et de persécution, de Sentiment de honte, de sentiment d'injustice, d'une désorganisation de la relation de soi à soi et de la peur de mourir. Dans un second temps, nous notons dans le discours de nos participants, la présence d'une catégorie de thèmes appartenant au registre de l'éthique relationnelle. Il s'agit là d'une désorganisation de la relation avec l'entourage social et familial. Dans un troisième temps, on voit s'amorcer puis s'enclencher le processus de résilience des adolescents signe de la mise en œuvre des capacités créatrices, avec des facteurs déterminant les capacités créatrices. Parmi ces facteurs, nous relevons les mécanismes de défense qui occupent une certaine place à savoir la rationalisation et l'intellectualisation, suivie de la spiritualité, de la fixation des buts/objectifs,

du recours à l'imaginaire et de la présence d'un environnement soutenant. Dans un quatrième temps, le rapport positif à soi participant à l'étude a été mis en relief, débutant par l'optimisme, l'autodétermination, la confiance en soi et le respect de soi. A chaque articulation de ce quatrième temps, il ressort clairement des verbatim des adolescents, une certaine revalorisation et une relation positive à soi. Dans un cinquième temps, le réajustement des composantes de l'identité et modifications dans l'organisation quotidienne ont été également mis en place. Nous notons là une implication dans les activités de la vie quotidienne et des activités de sensibilisation lié au VIH/sida, une réorganisation de la vie sociale et une ouverture à de nouveaux modes de vie, une modification dans les rapports à l'environnement et enfin la mise sur pied d'un système de monitoring. A chaque articulation de ce cinquième temps, il ressort clairement des verbatims des adolescents, comment la restructuration des composantes de l'identité et la réorganisation dans le mode de fonctionnement retentissent sur l'identité en favorisant ainsi un réaménagement sur le plan identitaire.

En effet, face à l'adversité qu'est l'infection à VIH/sida, les adolescents ont mis en place leurs créativité à travers déjà certains facteurs de créativité qui ont conduit ainsi à un développement du rapport positif à soi et à la réorganisation des composantes de l'identité. Ils ont co-construit leur propre réalité en réajustant ainsi leur mode de penser, d'agir et de fonctionner et ceci leur ont permis de réaménager leur identité qui au final s'en retrouve stable.

6.2. APPLICATION DE LA THEORIE DE L'AUTOREGULATION A LA COMPREHENSION DU REAMENAGEMENT IDENTITAIRE CHEZ LES ADOLESCENTS INFECTES PAR LE VIH/SIDA

Pour Nader-Grosbois (2009), l'autorégulation est conçue comme « *un processus dynamique par lequel l'individu mobilise ses ressources personnelles, sociales et environnementales et par lequel il active plusieurs stratégies en résolution de problème divers ou en gestion de vie* ».

Ainsi, le processus d'autorégulation mobilise plusieurs dimensions du fonctionnement humain jouant toutes un rôle essentiel : cognitives, métacognitives, affectives et motivationnelles (Fiasse & Nader-Grosbois, 2009 ; Forgas, Baumeister & Tice, 2009 ; Nader-Grosbois, 2009).

Pour Whitman (1990), l'autorégulation est un système complexe de réponses qui permet aux individus d'examiner leur environnement et leur répertoire de réponses pour s'adapter à leur environnement, en faisant des plans d'actions, en agissant, en évaluant la désirabilité des conséquences de l'action, et en révisant leurs plans si nécessaires. C'est un processus qui permet à un système complexe de subsister et de développer ses potentialités, à une dimension biologique et aussi psychosociale. Elle est à travers la normativité naturelle, ce qui permet la santé de l'individu (Barrier, 2010).

Quant à Karoly et Kanfer (1997) cité par Nader-Grosbois (2007a), l'autorégulation est définie comme l'agrégat de processus par lesquels les variables psychologiques de la personne, son répertoire biologique et son environnement immédiat, sont inter reliés en vue d'orienter ou de soutenir le comportement dirigé vers un but de l'organisme.

Pour les auteurs (Fiasse & Nader-Grosbois, 2009 ; Forgas, Baumeister & Tice, 2009 ; Nader-Grosbois, 2009 ; Whitman, 1990 ; Barrier, 2010), l'adolescent est donc un système qui s'auto-organise et s'autorégule. Ainsi, il développe ses potentialités et met en place des stratégies qui lui permette de faire face aux perturbations internes et/ou externes ; il met en place sa créativité, ce qui lui permet de maintenir stable son identité tout en évoluant.

Pour Agran (1997) cité par Nader-Grosbois (2009), pour qu'une personne s'autorégule, elle doit mettre en œuvre des stratégies de *self-management*, d'établissement d'objectifs, de résolution de problèmes et d'adaptabilités. Les stratégies de *self-management* comprennent les aptitudes suivantes : l'auto-observation (*self-observation*) de ses comportements, l'auto-évaluation (*self-évaluation*) de l'efficacité des stratégies mises en œuvre et de ses progrès vers l'atteinte d'objectifs (Agran, 1997 ; Agran & Hughes, 1997 ; Smith & Nelson, 1997 cité par Nader-Grosbois, 2009), l'auto renforcement (*self reinforcement*) positif ou négatif (en lien direct avec le sentiment d'efficacité personnelle) et l'auto-instruction (*self-instruction*) par ses propres suggestions verbales en résolution de problème sur base des expériences antécédents (Hughes, Korinek & Gorman, 1991 ; Hughes & Agran, 1993 cité par Nader-Grosbois. Quant aux stratégies d'établissement, de planification des buts personnels (*goal setting, planning*), ils font appel aux capacités de la personne à faire des choix, à prendre ses propres décisions reposant sur ses motivations et ressources. La planification détermine les délais de début et fin pour la réalisation de cet objectif et permet de constater les progrès. Les stratégies de résolution des problèmes (*problem-solving skills*) nécessitent plusieurs conditions : l'identification et l'analyse du problème ; l'exploration des environnements ; la maîtrise des

procédures de prise de décision et de réalisation de choix quant aux moyens disponibles. Les stratégies d'adaptabilité et d'autocontrôle permettent aux personnes d'ajuster les comportements jusqu'à l'atteinte de l'objectif et de s'adapter aux changements.

Comme on peut le lire avec la théorie, les mécanismes d'autorégulation sont des processus réactionnels, qui se mettent en œuvre face au danger, au déséquilibre et au risque de désorganisation qui affectent la construction identitaire de l'adolescent. Ce risque de désorganisation de l'identité s'observe chez nos adolescents participants au travers de leur vécu suite à l'annonce/découverte de l'infection à VIH/sida qu'ils expriment comme traumatique. Adrien narre « *Lorsque j'ai été mis au courant, j'avais de ces accoutrements. J'étais là frêle frêle. J'étais vraiment triste, en colère, apeuré surtout quand je pensais que j'ai cette maladie. C'est un peu ça qui me mettait un peu hors de moi. Quand je voyais quelque chose qui m'énervait, je me mettais en colère. Je n'avais pas la paix intérieure* ». S'exprimant sur ce retentissement traumatique de l'annonce/découverte de l'infection à VIH/sida sur la construction identitaire Maeva déclare aussi « *j'ai vraiment sombré ; je ne prenais plus soin de moi. J'ai changé quand j'ai su cela... donc ils parlaient des personnes qui avaient le VIH/sida comme si c'était des diables ; je ne sais pas trop. Du coup ça me faisait tellement mal. Ça me faisait me sentir mal* ».

La survenue de l'infection à VIH/sida chez les adolescents et le vécu immédiat qui s'en est suivi, ont donc été pour eux des moments de crise intenses, de perturbations qui se traduisent par des résultats comme le sentiment de solitude, de culpabilité et de persécution, le sentiment de honte, d'injustice, par la peur de mourir et par la désorganisation de la relation de soi à soi.

Vivre ce déséquilibre, ces perturbations, ont déclenché chez ces adolescents, la nécessité de vivre une vie épanouie et de se considérer comme des personnes en bonne santé ; autrement dit, de maintenir stable leur identité par des processus de réorganisation de leur mode et système de vie. La mise en place de ces processus d'autorégulation transite par l'amorçage d'un processus de résilience favorisant ainsi les facteurs de créativité qui comme le souligne Scelles (2002) sert à la libération des capacités créatives.

Ce processus est présent chez les adolescents Adrien, Valérie, Myriam et Maeva. On le repère dans leur discours et transparait dans les résultats de l'analyse. Il s'est agi par exemple, des mécanismes de défense de type rationalisation et intellectualisation, de spiritualité, de

fixation de buts/objectifs, du recours à l'imaginaire ainsi que de la présence d'un environnement soutenant.

La présence de ces facteurs déterminant la créativité dans le discours de ces adolescents met en lumière qu'à la suite de ce vécu traumatique qu'est l'infection à VIH/sida, un processus de résilience favorisant la créativité a bel et bien été enclenché. Celui-ci témoigne à son tour de la libération des potentialités créatives des adolescents face à l'infection du VIH/sida.

En conséquence, on assiste ainsi au déploiement des facteurs de créativité de nos adolescents. A la suite du bouleversement identitaire induit par l'annonce/découverte de l'infection à VIH/sida, on voit une réorganisation dans le mode de vie et un réajustement des composantes de l'identité au travers de l'acceptation du statut sérologique, de la confiance en soi, du respect de soi, de l'optimisme, de l'autodétermination et de l'implication dans des activités de la vie quotidienne ainsi qu'une réorganisation de la vie sociale et l'ouverture à de nouveaux modes de vie.

Dans ce processus de créativité, le système de monitoring n'est pas en reste. Ce système permet une meilleure planification des activités quotidiennes de l'adolescent en vue de lui permettre de mieux s'organiser, de sortir de la solitude et de se revaloriser à nouveau. Cela implique une certaine réorganisation et engendre un réaménagement identitaire par les adolescents. Pour illustration, les adolescents qui au départ n'avaient pas intégré dans leur mode de fonctionnement la présence de l'infection à VIH/sida, voient après la découverte de cette infection leur mode de vie remanié et par ricochet leur identité. Ils commencent à intégrer par exemple la prise du médicament dans leurs horaires. Maeva relate « *J'ai élaboré un emploi du temps que j'ai affiché dans la chambre pour toujours me rappeler du jour où je suis sensé prendre mon médicament. J'ai mis le réveil dans mon téléphone pour me rappeler de l'heure de la prise du médicament* ».

C'est la créativité de ces adolescents infectés par le VIH/sida qui s'exprime à travers la restructuration des composantes de l'identité et du rapport positif à soi. Cette co-construction n'est pas faite au hasard, mais, dans le sens de vivre une vie épanouie et de se considérer comme des personnes en bonne santé ; en d'autres termes de maintenir leur identité. On observe par nos résultats que, le rapport positif à soi et le réajustement des composantes de l'identité ainsi que la réorganisation dans le mode de penser, d'agir et de fonctionner élaborés par les adolescents infectés par le VIH/sida, participent à l'atteinte de ce but.

Si nous prenons le cas de la réorganisation de la vie sociale et l'ouverture à de nouveaux modes de vie, on constate bien que cette modification permet aux adolescents de repenser à un nouveau mode de vie c'est-à-dire au niveau relationnel par exemple, de maintenir une proximité avec l'entourage et d'apprendre à vivre avec ce dernier malgré l'adversité et par là, de voir leurs identités maintenues par cette action. Comme le soulignait déjà Lipiansky (1995), le résultat entre la tendance du sujet à maintenir une certaine continuité dans ses expériences de vie et dans son identification à des groupes spécifiques (famille, camarades, quartier, etc.) est un élément important dans la construction de son identité.

C'est dans ce contexte qu'Adrien déclare *« j'ai appris à vivre avec les autres en mangeant avec eux, en jouant avec eux. Je vis comme si je ne suis pas malade ; je vais à l'école »*. Et Valérie de narrer *« La manière de faire avec mes amis ou bien mes frères n'est plus. On fait maintenant presque tous ensemble. Comme si rien n'était, comme si je n'avais aucune maladie. L'année passée je suis allée à l'école faire sport. J'ai recommencé à faire le sport. J'avais décidé que maintenant je vais puiser l'eau normalement, je vais commencer à le faire, manger dans la même assiette, collaborer avec mes frères et sœurs. Qu'on va commencer à se porter même les habits, on va commencer à le faire ; maintenant pour aller au marché ce n'est plus ma grande sœur qui va aller, c'est maintenant moi qui vais la remplacer »*.

Finalement, face au danger, au déséquilibre fonctionnel et psychique qu'a suscité la survenue et la présence de l'infection à VIH/sida chez les adolescents, entraînant un bouleversement identitaire, ces derniers ont mis en place leurs capacités créatrices. Ils se sont ainsi autorégulés par réajustement des composantes de l'identité au travers du rapport positif à soi et de la réorganisation dans le mode de fonctionnement : leur identité a connu un réaménagement. L'identité des adolescents Adrien, Valérie, Myriam et Maëva s'en trouvent dès lors modifiée c'est-à-dire réaménagée. Du point de vue de la théorie de l'autorégulation, le réajustement des composantes de l'identité et le rapport positif à soi permet aux adolescents de maintenir stable leur organisation grâce au déploiement des capacités créatrices : en conséquence, leur identité s'en trouve préservée.

Ainsi pour Nader-Grosbois (2009), l'individu s'autorégule lorsqu'il identifie l'objectif, il explore les moyens, planifie son action, il gère son action, il s'automotive, s'autoévalue et il fait appel à l'attention conjointe ou à la régulation de comportement à l'égard de son environnement social si nécessaire. De ce fait, un adolescent infecté par le VIH/sida, fera

preuve de capacités créatrices en s'autorégulant. Ainsi, il mettra en œuvre des stratégies cognitives, auto-motivationnelles et socio-communicatives qui nécessiteront l'appui des stratégies d'étayages qui contribuent à favoriser une meilleure autorégulation. Car comme l'a si bien dit Rogers (1959), l'environnement extérieur joue un rôle considérable dans le déroulement du processus de création. Certaines conditions externes, telles que l'acceptation inconditionnelle de l'individu, un climat absent de jugement externe, une compréhension empathique et la liberté d'expression, doivent permettre le développement de conditions internes de la créativité.

6.3. DISCUSSION

Dans la présente section, nous confrontons les résultats obtenus dans cette étude avec ceux contenus dans les recherches précédentes. Nous ferons cette discussion sur deux principaux axes. Le premier axe est celui du vécu traumatique des adolescents suite à l'infection à VIH/sida et les processus de créativité enclenchés pour y faire face. Le second axe est celui des capacités créatrices mises en place par l'adolescent face à l'infection à VIH/sida et son retentissement sur l'identité.

6.3.1. Vécu traumatique des adolescents suite à l'annonce/découverte de l'infection à VIH/sida et processus de créativité enclenché pour y faire face

De l'analyse de nos résultats, il ressort en premier que suite à l'annonce ou à la découverte de l'infection à VIH/sida, les adolescents ont ressentis et éprouvés des sentiments d'une forte intensité émotionnelle. Sentiment de solitude, de culpabilité et de persécution, sentiment de honte, sentiment d'injustice, peur de mourir, désorganisation de la relation de soi à soi et la désorganisation de la relation avec l'environnement familial et social ont ainsi été repéré dans les discours. Les adolescents font donc part d'un vécu traumatique lié à la survenue de l'infection à VIH/sida.

Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Dago-Akribi (2007) pour qui, la révélation du diagnostic est à l'origine d'un traumatisme. Cette annonce est culpabilisante et on observe diverses réactions liées à l'angoisse de mort déjà présente : déni, culpabilité, colère contre soi-même et/ou parfois dirigée vers le personnel soignant. Pour l'auteur, l'annonce qu'elle soit attendue ou non est toujours un choc qui rend réel ce en quoi on ne voulait pas croire. Elle cause un profond remaniement psychologique chez la personne par rapport à ses croyances, son vécu quotidien, ses projets de vie.

Hefez (1996) partage également ce résultat sur le vécu traumatique. En effet, dans le cas du VIH/sida, l'atteinte narcissique est d'autant plus importante que cette maladie véhicule des représentations inquiétantes car quelle que soit la société d'appartenance de la personne touchée par le VIH/sida, cette infection reste une maladie de la honte (Hefez, 1996). Par la suite il précise que des éléments de honte et de culpabilité se retrouvent dans la problématique du sujet infecté par le VIH/sida car cette infection touche aux questions fondamentales de la sexualité, de la filiation et de la mort (Hefez, 1996).

Pour Trocmé (2003), ce virus vient interroger le sujet dans son rapport à l'autre et au monde, le laissant parfois dans un état de sidération psychique, où la pensée est comme suspendue. Les résultats de Fielden, Chapman et Cadell (2011) vont aussi dans ce même sens. Ces auteurs indiquent que les adolescents vivant avec le VIH/sida (AVVIH) depuis la naissance expérimentent de l'isolement, de la peur et de la honte lorsqu'ils apprennent leur diagnostic. Ils s'isolent de leur famille et amis. Certains évitent les rencontres amoureuses et sexuelles. Ces résultats concordent également avec ceux de Fernet et al. (2007) où des jeunes disent craindre les rencontres amoureuses et préfèrent les éviter.

Beldhia (2018), dans ses travaux note que l'infection à VIH/sida qui met en jeu le vital pose sans cesse la question des limites et des assises corporelles. S'observent alors des variations autour de l'identité. L'inquiétant prend le pas sur l'étrange. Le sujet a le sentiment d'être habité par un hôte hostile. Un étranger, un intrus qui peut l'entraîner à tout moment vers un changement catastrophique par ces effets destructeurs sur l'organisme. Cet intrus figuré par la maladie modifie l'identité du sujet qui devient étranger à lui-même.

Les résultats de Gauchet (2005) montrent également un vécu traumatique face à l'annonce de l'infection à VIH/sida. Pour l'auteur, quel que soit la réaction manifestée, l'annonce ou la découverte de la séropositivité représente un choc, un bouleversement ; il y'a un avant et un après, où le sujet ne sera plus jamais comme avant. Pour cet auteur, cette annonce a valeur de traumatisme. Ce moment traumatique aura des répercussions inévitables sur l'identité. Ce point de vue étant partagé par Ntsama (2003) cité par Vakak (2010), qui soutient l'idée selon laquelle le VIH/sida a valeur de traumatisme chez le sujet car il soumet l'appareil psychique notamment le Moi à un afflux d'excitation d'origine interne et externe que le sujet est incapable de maîtriser. Il se met donc en place chez le sujet des mécanismes du Moi tels que le déni, la régression, l'évitement, l'hyperactivité. Ces mécanismes du Moi

ont pour but d'éliminer ou d'apaiser dans la mesure du possible l'angoisse que suscite le VIH/sida.

Ainsi, ce traumatisme vécu par les adolescents suite à la découverte de l'infecté à VIH/sida a de ce fait la capacité de bouleverser, de déstructurer la construction identitaire et de la rendre instable. Elle engendre une rupture dans la vie des adolescents. Santiago-Delfosse (2009), parle ainsi d'un « *bouversement corporo-social et affectif* ». La maladie est donc un désorganisateur de la vie sociale c'est-à-dire « *vivre avec un corps malade modifie profondément cette relation que l'être humain entretient avec le monde* » (Ellefsen, 2013, p.140).

Afin de retrouver une qualité et une sérénité de vie convenable, l'adolescent va alors mener un double travail celui de la maladie et celui de l'adolescence. Comme le souligne Rouget (2014), l'enjeu de ce double travail est d'investir positivement un corps défaillant sans pour autant se sentir psychiquement diminué ; donc de développer une estime et une image de soi qui ne soient pas abimés par la maladie.

On voit là déjà s'amorcer chez l'auteur, l'idée d'une possible réorganisation chez ces adolescents suite au bouleversement et au déséquilibre qu'a induit l'infection à VIH/sida. Cette autorégulation chez l'adolescent débute par l'amorçage d'un processus de résilience favorisant la mise en œuvre des facteurs de créativité. L'infection à VIH/sida devient pour l'adolescent une expérience de dépassement comme l'a si bien dit Vidal-Naquet (2009) à propos des maladies chroniques.

De nos résultats, il ressort avec les travaux de Bury (1982) cité par Proulx-Boucher & al. (2015) que la rupture identitaire entraîne la mobilisation de ressources matérielles, économiques ou émotives afin de faire face à la maladie chronique. Cette situation de maladie chronique exige de l'individu qu'il reconnaisse une limitation de son autonomie et sa dépendance plus grande face à son entourage. Trois aspects de la rupture biographique ont été identifiés. D'abord, une rupture au plan du sens commun, de ce qui est tenu pour acquis dans la vie de tous les jours. La maladie impose des modifications importantes dans l'organisation quotidienne de l'individu auxquelles il doit s'adapter (fatigue, traitements, monitoring). Puis, une rupture plus profonde quant à l'identité et le concept de soi s'ensuit. Bury (1982) a ainsi constaté que les personnes souffrant d'une maladie chronique construisent leur récit de vie et se décrivent en prenant comme point de référence temporel, l'avant et l'après l'avènement de la maladie. La maladie chronique remet ainsi en cause le sens de l'existence de l'individu et

l'image qu'il se faisait de lui-même (Adam & Herzlich, 2009 cité par Proulx-Boucher e& al., 2014). Finalement la mobilisation de ressources s'en suit.

Ellefsen (2013) quant à lui aborde le modèle de santé dans la maladie pour montrer les stratégies d'accommodation que mettent en place les sujets malades pour vivre leur pathologie.

Costatat-Fourneau (2008) cité par Mezza, Lhuilier et Loarer (2016), met plutôt en exergue les effets capacitaires de l'action liée à la dynamique identitaire. Ainsi, face aux situations de crise, le sujet est obligé de changer pour rééquilibrer son système capacitaire car le fait de se sentir capable peut avoir une influence importante sur la représentation que le sujet a de lui-même.

Une fois de plus, ces travaux ne traitent pas de plus près la problématique de l'infection à VIH/sida chez les adolescents mais plutôt des maladies chroniques de manière générale ou encore de l'infection à VIH/sida chez des adultes car la plupart des études sur l'infection par le VIH/sida en termes de rupture biographique se sont intéressées à des populations adultes alors que cette épidémie affecte aussi les enfants et adolescents.

Da Silva (1999) est l'un des auteurs qui a contribué à la réflexion sur la rupture biographique. Dans une étude portant sur des hommes gais d'origine brésilienne infectés par le VIH/sida, cet auteur a dégagé trois plans où cette rupture se fait particulièrement sentir. Cette rupture serait d'abord vécue sur le plan physique, le corps étant désormais porteur d'une menace mortelle. Les hommes atteints refusaient dans un premier temps de croire au diagnostic et de l'accepter. Ils recherchaient la preuve d'un faux diagnostic en se soumettant de nouveau au test de dépistage. Une deuxième rupture serait vécue sur le plan des relations sociales. Les liens de sociabilités antérieurs au diagnostic (famille, amis et collègues) étaient pour plusieurs rompus et un nouvel espace social plus restreint était redéfini. La troisième rupture était vécue relativement à des projets d'avenir. Le rapport au temps était reconstruit autour du court terme et de l'instant présent, mais aussi en se projetant dans un futur marqué par la maladie et la perte d'autonomie. Parallèlement, une nouvelle hygiène de vie était mise en place visant à maintenir, le plus longtemps possible, un état de santé satisfaisant.

Fernet et al. (2005) quant à eux ont effectué des recherches sur des femmes séropositives sous traitement. Chez ces dernières, le diagnostic initial est vécu comme un choc et la rupture biographique se vivrait d'abord comme un processus de deuil. L'impression d'une mort imminente serait envahissante et certaines d'entre elles perdent le goût à la vie. Il

s'en suit une phase de désorganisation personnelle et sociale, elles s'isolent de leur entourage et de leur communauté, entre autres par peur de la stigmatisation. Une grande tristesse s'installerait ensuite, plusieurs se résignant à vivre avec une maladie honteuse et mortelle sans avoir le pouvoir sur leur vie. Une troisième phase de réorganisation survient alors, l'infection par le VIH/sida étant redéfinie comme une maladie chronique et où l'espoir semble renaitre. Lors de cette phase, la maternité devient une expérience centrale et mobilise les femmes autour des soins quotidiens à apporter aux enfants.

A l'instar des résultats rapportés par Wilson (2007), les mères sentent le besoin de se redéfinir comme de bonnes mères malgré la stigmatisation à laquelle elles font face et leurs conditions de santé problématiques. Elles mettent alors en place diverses stratégies pour se mobiliser, par exemple, en réinvestissant leurs traitements et en développant de saines habitudes de vie et de nouveaux projets, en recherchant du soutien social et dans certains cas, en partageant leur réalité de personnes infectées par le VIH/sida avec leurs proches.

Bien que ces recherches n'aient pas été effectuées chez des adolescents infectés par le VIH/sida en vue de voir comment s'effectue cette rupture biographique et comment se mettent en place ce processus de créativité, nos résultats corroborent avec ceux effectués par ces auteurs (Fernet & al., 2005 ; Wilson, 2007 ; Da silva, 1999). Ces adolescents sont passés également par ces phases de ruptures et par la suite s'en est suivi un processus de mobilisations de ressources leur permettant ainsi de faire face à l'infection à VIH/sida. Ils ont donc fait preuve de capacités créatrices au moyen du processus d'autorégulation. Cette reconstruction biographique fait appel entre autres à une revalorisation de soi et au renforcement de leur identité en réaction à la forte stigmatisation associée à l'infection par le VIH/sida.

Nous pouvons voir avec les travaux de certains auteurs (Champion & al., 1999 ; Murphy & al., 2002 ; Wiener & al., 2007 ; Blasini & al., 2004) que le dévoilement du diagnostic aux jeunes infectés pourrait être vécu comme un point de bifurcation biographique. La plupart des jeunes rapportaient que leur vie s'était détériorée depuis cette annonce ; elle aurait engendré une détresse psychologique. Les parents ont constaté que leurs enfants étaient devenus inquisitifs, colériques, anxieux, dépressifs ou tristes. Toutefois, six mois après l'annonce, plusieurs des jeunes infectés par le VIH ont affirmé se sentir normaux et considéraient le dévoilement comme un évènement positif. Ces travaux ainsi que la littérature n'en donnent pas une explication claire sur le processus mis en place permettant aux

adolescents de se sentir mieux au bout de six mois. Mais nous notons là un réaménagement sur le plan identitaire.

Nous pouvons retenir dans ce cadre que, bien que les études n'ayant pas traitées de plus près du réaménagement identitaire chez les adolescents infectés par le VIH/sida par l'entremise des capacités créatrices, les résultats montrent certes un réaménagement qui est fait mais n'en donnent pas un contenu clair. Toutefois, nous pouvons constater que les résultats de nos recherches concordent avec les résultats d'autres recherches sur l'infection à VIH/sida bien que ce ne soit pas sur les adolescents que ces études ont été effectuées.

6.3.2. Capacités créatrices mises en place par l'adolescent face à l'infection à VIH/sida et son retentissement sur l'identité

La créativité est reconnue comme un attribut essentiel de l'espèce humaine. C'est sa capacité à imaginer, inventer, construire, mettre en œuvre un concept inhabituel, un nouvel objet ou à découvrir une solution originale à un problème. Il s'agit d'un processus psychologique permettant de faire preuve d'originalité dans la capacité d'associer différemment des choses, des idées, des situations, afin de mettre à jour une nouvelle solution ou un nouveau processus, et ceci en fonction de notre histoire de vie, de nos apprentissages, de notre vécu (Lubart, Mouchiroud, Tordjman & Zenasni, 2015 cité par Leudjeu, 2017). Cette créativité est essentielle dans le processus de résilience. Brissaud (2001), relève que la compréhension par une activité imaginaire débordante et la création artistique peuvent aider à devenir résilient.

Nos adolescents au départ vivaient une vie épanouie sans obstacles en se sachant en bonne santé. Ils avaient une connaissance ou idée banale de ce qu'est l'infection à VIH/sida. Lorsque survient l'infection à VIH/sida, ils font dans les premiers moments qui surviennent, l'expérience de son traumatisme. Puis lorsque diminue la surcharge émotionnelle, des mécanismes de réparation, de restructuration et de transformation durable peuvent s'enclencher, appuyé sur les processus de résilience à l'origine des facteurs de créativité.

Dans leurs études, Proulx-Boucher et al. (2014) élaborent un schéma quelque peu identique à celui-ci. Pour eux, les jeunes vivent une variété d'émotions lors du dévoilement du diagnostic telles que la colère, la tristesse, la peur, l'inquiétude et la confusion. Quelques-uns disent avoir été choqués ou avoir eu peur de mourir au moment du dévoilement. Toutefois, ces émotions semblent s'être estompées au fil du temps avec une meilleure connaissance de l'infection. Ces résultats rejoignent ceux obtenus par Blasini et al. (2004) indiquant que les

AVVIH rapportaient moins d'émotions négatives six mois après le dévoilement. Cet événement apparaît davantage comme un point de bifurcation dans leur définition de leur identité, ce qui rejoint les perspectives soulignées par Voegtli (2004). Le dévoilement du diagnostic aux AVVIH s'effectue sur une longue durée, ce qui leur permet d'intégrer progressivement à leur biographie la maladie chronique et la gestion de la stigmatisation et d'effectuer un travail de mise en cohérence entre leur biographie avant et après l'annonce. Par un travail de réflexion sur leur mode de vie en lien avec la maladie chronique, sur leur intégration des connaissances au sujet de l'infection à VIH/sida et leurs expériences de la stigmatisation, des jeunes trouvent une certaine valorisation dans le fait d'avoir été infecté. Ils seraient selon eux moins enclins à juger les autres et à les accepter plus inconditionnellement. Une transformation semble tout de même s'opérer.

Comme dit plus haut, ces mêmes auteurs parlent d'une réorganisation dans le mode de vie c'est-à-dire dans la manière de penser, d'agir et de se comporter. Ce qui expliquerait un réaménagement identitaire.

Ce qui amène Trocmé et al., (2002), à dire que l'annonce de l'infection à VIH/sida est une confirmation qui s'inscrit dans un réaménagement identitaire et vient redoubler les remaniements en jeu pour l'adolescent. Voegtli (2014) cité par Proulx-Boucher et al. (2015), s'inscrit dans la même logique et affirme que la reconstruction biographique suite à un événement tel que la maladie chronique ne se produit pas toujours de façon violente et abrupte. Elle renverrait plutôt à une succession d'événements et de positions sociales pouvant être décrite de façon objective (par exemple être en santé, constater des symptômes de plus en plus incommodes, rechercher une explication médicale, recevoir un diagnostic, avoir un statut de malade) et à un travail de totalisation de ces événements pour en construire une histoire cohérente. Cette mise en cohérence transforme l'identité personnelle et sociale de l'individu au point où il prend conscience qu'il n'est plus le même et que certains événements l'ont transformé. Par exemple, ils peuvent éprouver de la confusion [...] Ils peuvent aussi réagir par l'acceptation de l'infection à VIH/sida, par la réorganisation dans le mode de fonctionnement.

De nos résultats, il est mis en évidence que, face à la désorganisation qu'entraînent la survenue et la présence de l'infection à VIH/sida, les adolescents pour réaménager leur identité et le maintenir stable, met en place des mécanismes de défenses leurs permettant de se

réorganiser, de restructurer les composantes de leur identité à et de réajuster leur mode de vie : ils font preuve de capacités créatrices face à l'expérience de l'infection à VIH/sida.

Cette réflexion s'inscrit en partie dans la lignée des travaux Fernet et al. (2005), pour qui le diagnostic initial est d'abord vécu comme un choc et la rupture biographique se vivrait d'abord comme un processus de deuil. Par la suite s'en suit une mobilisation des ressources personnelles pour donner sens à la vie.

Dans les travaux de Bidart et al. (2010), la spiritualité est un élément très important dans le processus de reconstruction biographique. Ces travaux rejoignent ceux de (Korbéogo & Lingani, 2013) pour qui la religion joue une fonction importante chez les personnes vivant avec le VIH/sida. Leur ferveur religieuse s'observe à travers la référence récurrente à Dieu et aux préceptes religieux. Nos résultats révèlent que les conversions religieuses ou les préceptes religieux des adolescents vivant avec le VIH/sida leur permettent d'atténuer les perturbations induites par l'infection à VIH/sida et de ce fait, de contribuer à leurs réaménagements identitaires. Ces adolescents ont mis en place des mécanismes de défenses comme la spiritualité qui pour Chouinard (2009), est l'un des facteurs qui permettent à l'être humain de donner du sens à sa vie. L'expérience de réadaptation à la suite d'un traumatisme ou d'une maladie peut devenir une occasion de transformation et de croissance spirituelle si elle s'inscrit dans le projet de vie de la personne. Ce qui signifie que, pour un individu, avoir une croyance, avoir et croire en une idéologie prônant certaine valeur participe à la construction de la créativité.

Ainsi, toutes ces croyances religieuses demeurent nécessaires et constituent des préliminaires pour le réaménagement identitaire par l'adolescent infecté au VIH/sida. La transformation ou la réorganisation dans le mode de fonctionnement passe par la mise en place des mécanismes de défenses qui par la suite vont booster le changement. Les résultats de notre étude montrent bel et bien la mise à disposition de certains mécanismes de défenses comme l'intellectualisation, la rationalisation et la spiritualité qui vont favoriser par la suite une réorganisation des composantes de l'identité par l'acceptation de la maladie, l'autodétermination, l'optimisme, le respect de soi et la confiance en soi.

En adéquation avec nos résultats, Normand & Giguère (2009) déclarent au terme de leurs travaux que « bien que des événements traumatisants puissent occasionner des réactions négatives initialement, ils ont le pouvoir de nous transformer de manière positive et durable » (p.6).

Dans le même sillage, Canguilhem (2007) affirme que la maladie est à la fois « *privation et remaniement. La maladie est une expérience d'innovation positive du vivant (...) elle est une nouvelle dimension de la vie, car elle est rupture, mais aussi ouverture à de nouveaux modes de vie* » (p.122). La maladie engendre donc un centrage sur soi qui conduit l'individu à transformer ses rapports à l'environnement et à trouver du sens à ce qu'il éprouve.

Pierret (2006) souligne que, dans leurs processus de réajustements biographiques et identitaires, les personnes vivant avec le VIH/sida accordent une attention particulière à la restauration de leurs corps biologique affecté par la maladie. Pour résister à l'épreuve temporelle et biographique inhérente à l'infection, cette auteure souligne que le travail d'introspection des personnes séropositives sur leur expérience sociale antérieure à la découverte de la maladie est indispensable. « *C'est en se penchant sur leur passé d'avant la connaissance de la contamination qu'ils peuvent retrouver une continuité à leur vie, s'inscrire dans une histoire partagée avec d'autres et reconstruire leur biographie* » (Pierret, 2001, p.21). Nos adolescents ont fait recours à l'imaginaire pour faire face à l'infection du VIH/sida. Nous notons chez ces adolescents une prise en soin de leur être, ils apprennent à prendre soin d'eux. L'imagination est donc un travail de mise en sens de l'expérience, dans la mesure où elle est une exigence de travail de l'histoire se faisant et des modalités d'interprétations de cette histoire.

Les résultats étant le produit d'une production de sens et non d'une vérification, il serait pertinent de comprendre la manière dont notre propre implication, dans l'étude, s'est répercutée sur ces résultats obtenus.

6.4. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES DE L'ETUDE

Les implications et les perspectives de cette étude sont multiples et peuvent se situer aussi bien sur le plan méthodologique, théorique que pratique.

6.4.1. Implications en tant que chercheur

La survenue de l'infection à VIH/sida dans les années 80 a eu un impact considérable sur la population mondiale. Ce qui a poussé le corps médical à plus de recherche et certains partenaires sociaux dans la mise en œuvre des stratégies de lutte contre cette infection. Toutefois, le Cameroun n'est pas en reste. Grâce à l'appui des pouvoirs publics et des partenaires étrangers, le nombre d'infection connaît une baisse considérable. Toutefois, le

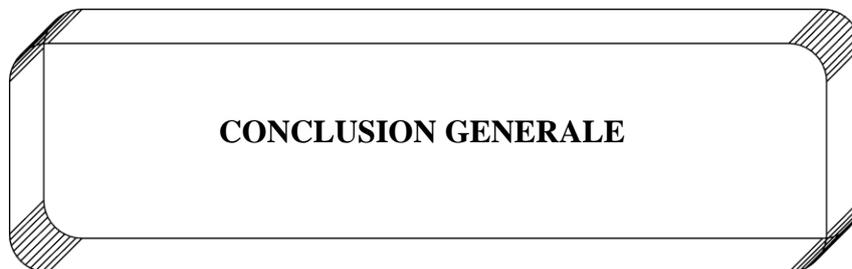
taux d'infection dans la population adolescente ralentit les résultats dans l'atteinte des objectifs fixés par l'organisation mondiale de la santé. Les informations et les renseignements que contient ce travail pourront apporter aux partenaires du système de santé des stratégies efficaces pour la prise en soin des personnes vivant avec le VIH/sida en considérant ces derniers comme acteur de leur santé. Les programmes de lutte contre l'infection à VIH/sida doivent intégrer des psychologues cliniciens. Dans leur processus thérapeutique, il s'agit pour ces derniers d'identifier les ressources mis en place par les adolescents qui réussissent à s'autoréguler et de se servir de cela pour aider les adolescents qui sont encore dans l'ombre ou alors les aider à booster leurs potentialités.

6.4.2. Perspectives

Les perspectives liées à la présente étude sont multiples. Elles peuvent se situer tant sur le plan théorique que pratique. Au fur et à mesure de la rédaction de ce mémoire ainsi que des entretiens cliniques de recherche qui ont été effectués dans le cadre de ce travail, un certain nombre de questionnements, en lien avec notre problématique nous sont venus à l'esprit.

Nous pensons qu'il serait pertinent de faire une étude clinique non objectivante où seront analysés cas par cas le vécu des adolescents infectés par le VIH/sida par voie verticale et les adolescents infectés par le VIH/sida par voie horizontale, et de faire une étude comparative. Ces comparaisons permettraient de mieux cerner comment la construction biographique s'effectue. Cette stratégie permettrait de mieux situer leur parcours, de cerner comment ils entrevoient leur avenir et par la suite pour voir comment s'effectue les constructions biographiques ; ou encore de porter un regard à la comparaison de l'expérience des adolescents vivant dans un environnement précaire et ceux vivant dans un environnement propice en vue de voir comment cette créativité s'exprime dans ces différents contextes.

D'autres études pourront être envisagées sur le plan de la vie sexuelle, comment ils entrevoient leur avenir notamment sur le plan amoureux et sexuel et quelles stratégies ils mettent en place dans le dévoilement de leur statut sérologique à leur partenaire.



CONCLUSION GENERALE

Ce travail de recherche s'intitule « *capacités créatrices et réaménagement identitaire chez l'adolescent infecté par le VIH/sida. Une étude de cas* ». Abordé sous l'angle de la psychopathologie et clinique, il a consisté à appréhender malgré les éprouvés qu'a l'adolescent infecté par le VIH/sida les capacités créatrices qu'il met en place pour réaménager son identité. Cet objectif découlait du problème du manque de connaissance, sur les processus en jeu dans les capacités créatrices que les adolescents mettent en place pour réaménager leur identité. La question de recherche était celle de savoir : « *comment les capacités créatrices de l'adolescent infecté par le VIH/sida participent-elles à son réaménagement identitaire ?* ». En nous appuyant sur le paradigme constructiviste et plus particulièrement sur la théorie de l'autorégulation de Nader-Grosbois (2009) nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle « *les capacités créatrices de l'adolescent infecté par le VIH/sida participent à son réaménagement identitaire à travers la mise en disponibilité de ses ressources personnelles, sociales et environnementales* ». N'étant pas les premiers à aborder cette thématique, il nous est revenu d'explorer la documentation scientifique y afférente.

Ainsi, une revue de la littérature a été effectuée sur les notions de capacités créatrices, d'identité, d'adolescence et enfin de l'infection à VIH/sida. Ces prérequis étant abordés, on a pu les mettre en relations à travers l'infection à VIH/sida. Ici nous nous sommes attardés sur le lien entre la créativité et l'identité, la créativité et l'adolescent face à l'infection à vi/sida. Cette investigation de la littérature sur notre thématique, nous a conduit à la recherche des théories qui nous ont guidé dans cette étude et ont permis d'expliquer les phénomènes explorés.

Dans l'insertion théorique du problème, les postulats théoriques du réaménagement identitaire ont d'abord été évoqués. Nous avons appréhendé le réaménagement identitaire sous la conception constructiviste du self de Bruner (2002). Par la suite, nous avons évoqué la théorie de la créativité du point de vue psychanalytique qui met en avant le mode de fonctionnement psychique pour expliquer la nature créative de la personne. Tout de même, cette créativité fait partie inhérente du processus de résilience et de mentalisation qui selon certains auteurs (Bergeret, 199 ; Scelles, 2002 ; Henri-Juillard & Mazoyer, 2014) participent à la libération des capacités créatives. Pour plus d'explication à notre travail de recherche, nous nous sommes penchés davantage sur le paradigme constructiviste où s'insère la théorie de l'autorégulation de Nader-Grosbois (2009), théorie offrant le meilleur cadre pour la compréhension du phénomène exploré : celui du réaménagement identitaire chez l'adolescent

en rapport avec ses capacités créatrices face à l'infection du VIH/sida. Mais au-delà de cet appui théorique pour la réalisation de l'étude, il nous a fallu une méthodologie bien définie.

Nous avons fait usage de la méthode clinique, principalement basée sur l'étude de cas. Cette méthode a été choisie pour sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. À la suite de l'application de nos critères d'inclusion et d'exclusion, quatre cas ont été sélectionnés : Adrien, Valérie, Myriam et Maeva. Sur la base de notre hypothèse de recherche et de l'objectif général de l'étude, des thèmes ont été élaborés pour constituer un guide d'entretien semi-directif. Nous avons eu à mener 3 rencontres avec chacun de ces adolescents, dont deux entretiens semi-directifs dans le respect du code de déontologie et d'éthique qui prévaut en psychologie clinique. La technique d'analyse de contenu des entretiens axée sur le repérage des thèmes significatifs et la construction d'une grille d'analyse a été utilisée pour l'analyse des résultats.

Il ressort des résultats que, les adolescents infectés par le VIH/sida, dans un premier temps ont eu un vécu traumatique de cette expérience. Dans un second temps, nous notons dans le discours de nos participants, la présence d'une catégorie de thèmes appartenant au registre de l'éthique relationnelle. Dans un troisième temps, on voit s'amorcer puis s'enclencher le processus de résilience des adolescents signe de la mise en œuvre des capacités créatrices, avec des facteurs déterminant les capacités créatrices. Dans un quatrième temps, le rapport positif à soi participant à l'étude s'en suit. Dans un cinquième temps, le réajustement des composantes de l'identité et modifications dans l'organisation quotidienne ont été également mis en place.

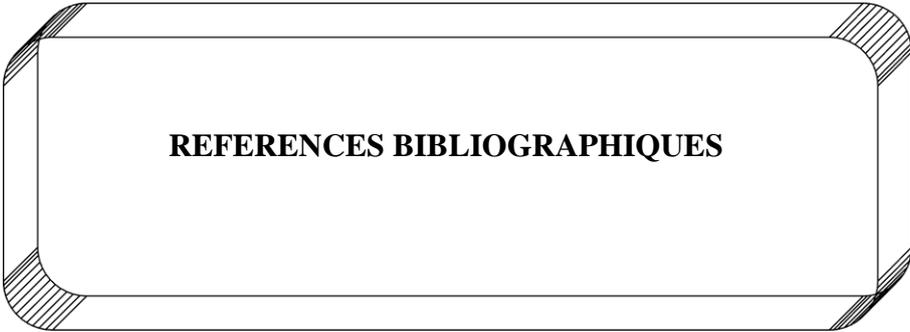
Suite à ces résultats, la théorie de l'autorégulation fut convoquée pour la compréhension du réaménagement identitaire de l'adolescent face à l'infection du VIH/sida. En effet, face à l'adversité qu'est l'infection à VIH/sida, les adolescents par l'amorcement des facteurs déterminant la créativité, ont vu leurs capacités créatrices libérées. Ces capacités créatrices s'exprimant par une réorganisation des composantes de l'identité et une ouverture à de nouveaux modes de vie permettant ainsi de réaménager leur identité et de le conserver ou de le maintenir stable. Ce processus permet aux adolescents non pas seulement de vivre malgré l'infection à VIH/sida, mais en plus, de mieux vivre. Ils maintiennent ainsi leur identité en le réaménageant.

Les résultats de cette étude accordent donc une pertinence clinique à notre hypothèse de départ. Les capacités créatrices que les adolescents mettent en place face à l'infection du

VIH/sida, et qui s'expriment à travers le réaménagement, la réorganisation des composantes de l'identité et de l'ouverture à de nouveaux modes de vie, participent ainsi à l'entretien, à la stabilité de leur identité. Comme l'écrit Fischer (1994), « *ce ressort leur a permis de transformer l'obstacle en tremplin, la fragilité en richesse. Paradoxalement, c'est lorsqu'on doit affronter la mort que l'on apprend à vivre* » (p.40).

Malgré la présence d'agents de stress importants et de réactions de choc face à l'infection du VIH/sida, l'adolescent tend sans cesse vers la réorganisation, la maîtrise, et l'on en voit des exemples dès l'annonce du diagnostic. Avec le temps et l'expérience de tous les jours, pour la plupart, le passage se fait, progressivement, d'une phase à l'autre jusqu'à une résolution décrite par de nombreux adolescents comme étant une transformation personnelle et positive.

Malheureusement, il est possible que pour certains adolescents, cette résolution ne soit pas pleinement atteinte. Pour optimiser le soutien et l'accompagnement des adolescents infectés par le VIH/sida, les thérapeutes ou accompagnant devraient considérer ces adolescents comme acteur de leur maladie en les aidant à puiser au plus profond d'eux, leurs ressources ou encore se servir des capacités créatrices comme acteur du réaménagement identitaire. Il serait aussi judicieux, d'aider, d'amener les adolescents à avoir, à créer une autre interprétation de l'infection à VIH/sida, à donner un sens différent à son vécu et ainsi à réécrire et transformer cette histoire.



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Act Up-Paris. (2015). *SIDA : un glossaire*. [https://ireps-gp.centredoc.org/index.php ?lvl=notice_display&id=1924](https://ireps-gp.centredoc.org/index.php?lvl=notice_display&id=1924).
- Advances in Nursing Science. (2011). *Abus sexuel et VIH/sida : Un facteur de risque de VIH majeur chez les adolescentes*, 34(3), 243-259. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e31822723a3>
- Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique*. Les classiques des sciences sociales.
- Alvin, P. & Marcelli, D. (2005). *Médecine de l'adolescent*. Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd., révisée). Amazon.
- Amic, E. (2019). Comment gérer le sentiment d'injustice et se remettre en action. *Agir*. <https://www.luceliandre.com/comment-gerer-le-sentiment-d-injustice/>
- Aubrey, M-C. & Gutton, P. (2013). Introduction. *Adolescence*, 1(1), 7-10.
- Automne, E. (2006). *Traumatisme et remaniement psychique dans le cancer : l'exemple d'un cas de myélome et de lymphome* « Mémoire de Master 2 professionnel en psychologie clinique et pathologique, Université de Paris 13 ».
- Balland, J. (2011). *Facteurs de risque de mésurage d'alcool chez les adolescents : A propos d'une étude dans le service de pédiatrie d'Epinal* « Doctorat dissertation, Université Henri Poincaré Nancy 1 ».
- Barbot, B. (2008). Structures identitaires et expression créative à l'adolescence. *Identités et orientations*. 37(4), 4 <https://doi.org/1083-507.10.4000/osp.1772>
- Bardin, M. (1989). *L'analyse du contenu* (5^{-ème} Ed). PUF.
- Barrier, P. (2010). L'autorégulation à l'épreuve de la maladie chronique (vers une pratique auto-normative de la régulation). *Educ Ther Patient/ Ther Patient Educ*, 22, 401-404.
- Baudry, R & Juchs, J-P. (2007). Définir l'identité. *Hypothèses*, 1(10), 155-167.
- Beaupretre, A. & Sauvaget, A. (2009). Adolescence et VIH. *Information psychiatrique*, 3(85), 241-245.
- Benedetto, P. (2008). Chapitre 4 : Le soi. Dans P. Benedetto, *Psychologie de la personnalité* (pp. 51-60). De Boeck.
- Bernateau, I. (2008). La séparation, un concept pour penser les relations précoces et leur réaménagement à l'adolescence. *La psychiatrie de l'enfant*, 2(51), 425-455.
- Bertrand, M. (2005). Qu'est-ce que la subjectivation ? *Le Carnet PSY*. 1(96), 24-27.

- Blasini, I. & al. (2004). Disclosure model for pediatric patients living with HIV in Puerto Rico. *Journal of development & Behavioral pediatrics*. (25),181-189. <https://doi.org/10.1097/00004703-200406000-00007>.
- Bujold, S. (1993). *Prédiction de la personnalité créatrice à partir de l'orientation universitaire en arts et de l'actualisation de soi* « Maitrise en psychologie, université du Québec à trois Rivières ».
- Bury, M., (1982) La maladie chronique comme rupture biographique. *Sociologie de la santé et la maladie*. 4(2), 167-182. <https://doi.org/10.1111/14679566.ep11339939>
- Cahn R. (1998). *L'adolescent dans la psychanalyse : l'aventure de la subjectivation*. PUF.
- Camilleri, C. (1996/7). *Les stratégies identitaires des immigrés*. Dans J-C. Ruano-Borbalan (dir.) (1998), *L'identité : l'individu, le groupe, la société*, (pp 253-257). PUF.
- Camponovo, S. (2017). *Quel sentiment d'appartenance et quelle identité développent les migrants du Tessin* « Mémoire de Maitrise universitaire interdisciplinaire en droits de l'enfant, université de Genève ».
- Cannard, C. (2019). *Le développement de l'adolescent, l'adolescent à la recherche de son identité*. De BOECK.
- Castellan, Y. (2009). Le sentiment de solitude. *Le journal des psychologues*. 10(273), 54-57.
- Chauvier, S. (2016). Chapitre 1 : La question philosophique de l'identité personnelle. Dans C. Halpern (dirs), *identité (s)* (pp.25-32). Sciences humaines.
- Chiland, C. (1989). *L'entretien clinique*. PUF.
- Cloutier, R. (1996). *Psychologie de l'adolescent* (2e éd.). Gaëtan Morin.
- Cloitier, R. & Drapeau, S. (2008). *Psychologie de l'adolescence* (3^{ème} édition). Chenelière Education.
- Costalat-Founeau, A-M. (2008). Identité, action et subjectivité. Le sentiment de capacité comme un régulateur des phases identitaires. *Connexions*, 89(1), 63-74.
- Cropley, A.J. (1990). Créativité et santé mentale dans la vie de chaque jour. *Journal de recherche de créativité*. 3, 167-178.
- Da Silva, L. (1999). *Vivre avec le sida en phase avancée. Une étude de sociologie de la maladie*. Harmattan.
- Dago-akribi, H. & Cacou, M-C. (2004). Psychosexual development among HIV-positive adolescents in Abidjan, ivory coast. *Reproductive Health Matters*, 12(23), 1-10.
- Dalmasso, J. (2012). Adolescence et états de crise. *Le Journal des psychologues*, 2(295), 56-60.

- Debesse, M. (1958). L'adolescence est-elle une crise ? *Enfance*. 11 (4-5). 287-302.
- Delaroche, P. (2000). *L'adolescence : enjeux cliniques et thérapeutiques*. Masson.
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Flammarion.
- Discour, V. (2011). Changement du corps et remaniement psychique à l'adolescence. *Les Cahiers Dynamiques*, 1(50), 40-46.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconscience du corps*. Editions du Seuil.
- Dubar, C. (1998). Socialisation et construction identitaire. Dans J-C. Ruano-Borbalan (dir.) *L'identité : l'individu, le groupe, la société*, (pp.135-141). PUF.
- Duverger, Ph. & al. (2005). *Mal se traiter, se maltraiter : L'adolescent face à une maladie chronique grave*. Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. CHU d'Angers.
- Edmond, M. (2005). *Psychologie de l'identité. Soi et le groupe*. Dunod.
- Ellefsen, E. (2013). La santé-dans-la maladie : un nouveau modèle pour comprendre l'expérience universelle de la maladie chronique. *Recherches Qualitatives, hors-série* (15), 132-146.
- Emde, N., Oppenheim, D. & Guédeney, A. (2002). La honte, la culpabilité et le drame œdipien : considérations développementales à propos de la moralité et de la référence aux autres. *Devenir*. 4 (14), 335-362.
- Evola, R. (2010). *Ethnicité, éducation et emploi : un point de vue anthropologique de l'éducation et l'emploi en Afrique*. Conférence du CRIEVAT.
- Evola, R. (2012). *Comprendre le phénomène de l'émergence*. Publibook.
- Fe, L., Flüeli, L. & Hauri, N. (2018). *VIH : le tournant chronique de la maladie*. Travail de Bachelor. Haute école de santé de Genève.
- Fernandez, L. & Catteeuw, M. (2001). *La recherche en psychologie clinique*. Nathan.
- Fiasse, C. & Nader-Grosbois, N. (2009). Concept de soi et autorégulation chez des enfants et des adolescents présentant une déficience intellectuelle. Dans N. Nader-Grosbois, *Résilience, régulation et qualité de vie. Concepts, évaluation et intervention*. Presses universitaires de Louvain. Google Scholar
- Fielden, S., Chapman, G. & Cadelle, S. (2011). Managing stigma in adolescent HIV: silence, secrets and sanctioned spaces. *Culture, Health & Sexuality*. 13(3), 267-281. <https://doi.org/10.1080/13691058.2010.525665>.
- Fonkeng, E., Chaffi, S. & Bomda J. (2014). *Précis de méthodologie de recherche en sciences sociales*. ACCOSUP.

- Fortin, M. F. (2005). *Fondements et étapes du processus de la recherche*. Chenelière éducation.
- Funck-Brentano, I. & al. (2004). Intérêts et limites d'un groupe de parole pour adolescents infectés par le VIH. *Psychiatrie de l'enfant*, 2(47), 341-391.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Gallimard.
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. Dans S. Amand, *Essais de Psychanalyse* (pp. 41-1159).
- Gaillard, J-P. (1999-2007). Un modèle général du fonctionnement du vivant : le modèle autopoïétique « Cours L2 psychologie Uds ».
- Gauchet, A. (2005). *Les déterminants psychosociaux de l'observance thérapeutique chez les personnes infectées par le VIH : représentations et valeurs* « Thèse de Doctorat en psychologie, université de Mertz ».
- Garceau-Brodeur, M-C., Fernet, M. & Lévy, J. (2005). À propos du VIH/sida à l'adolescence. *Adolescence*. 3(53), 755-763.
- Gennart, M., Vannoti, M. & Zellweger, J.-P. (2011). La maladie chronique : une atteinte à l'histoire des familles. *Thérapie Familiale*. 3(22), 231-250.
- Ghiglione, R. & Blanchet, A. (1991). *Analyse de contenu et contenus d'analyses*. Dunod.
- Gonin, A. (2008). *L'aide à autrui dans le champ de l'intervention sociale. Une approche psychosociale des représentations professionnelles : historicité, ancrages et fonctions* « thèse de doctorat de psychologie, université Lumière Lyon 2 ».
- Grimaldi, A. (2006). La maladie chronique. *Les Tribunes de la santé*. 4(13), 45-51.
- Guerin, S. (1992). *Relations entre la personnalité créatrice et l'actualisation de soi chez les personnes âgées* « maîtrise en psychologie, université du Québec à Trois Rivières ».
- Hall, S. (1904). *Adolescence* (Vol. 2). Appleton.
- Hedoux, J. (2002). La crise des identités. L'interprétation d'une mutation (compte rendu). *Revue française de pédagogie*. 139, 158-162.
- Henri-Juillard, A. & Mazoyer, A-V. (2014). Expression de la mentalisation et de l'imaginaire chez l'enfant victime d'un trauma. *Enfance & psy*, 2(63), 145-155.
- Jung, J. (2015). Chapitre 1 : L'identité : une notion énigmatique. Dans J. Jung, *le sujet et son double*, (pp. 9-22). Dunod.
- Jung, J. & Roussillon, R. (2013). L'identité et le double transitionnel. *Revue française de psychanalyse*. 4(77), 1042-1054.
- Kaufman, G. (1989). La psychologie de la honte : Théorie et traitement de la honte basés. *Syndromes*. Springer Publishing Co.

- Korbéogo, G. & Lingani, S. (2013). Des vies reconstruites. Exclusion et réinsertion sociale des femmes vivant avec le VIH à Ouagadougou (Burkina Faso). *Sciences sociales et santé*, 31(3), 5-28.
- Kouamé, A. (2012). Approche psychoqualitative du VIH/sida en contexte africain : cas du vécu de l'infection chez des patients du Service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) d'Abidjan. *Recherches Qualitatives*, 31(1),130-151. <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>.
- Lannegrand-Willems, L. (2012). Le développement de l'identité à l'adolescence : quels apports des domaines vocationnels et professionnels. *Enfance*, 3(3),313-327.
- Laplanche, J. & Pontalis, J-B. (2002). *Vocabulaire de la psychanalyse*. (Vol. 249). PUF.
- Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1978). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF.
- Le Breton, D. (2005). La scène adolescente : les signes d'identité. *Adolescence*, 3(3), 587-602.
- Leboutet, L. (1970). La créativité. *L'année psychologique*. 70(2), 579-625.
- Lemerle-Gruson, S. & Méro, S. (2010). Adolescence, maladies chroniques, observance et refus de soins. *Laennec*. 3(58), 21-27.
- Mucchielli, A. (2011). *L'identité (T.2288)*. PUF.
- Le Moigne, J-L. (1994). *Le constructivisme*. ESF.
- Lemoine, M. (2002). *Figures de la culpabilité inconsciente* « thèse de Doctorat en Psychologie soutenue publiquement, université Lumière).
- Lester & al. (2002). Diagnostic disclosure to HIV-infected children: How parents decide when and what to tell. *Clinical child psychology and psychiatry*, 7(1),101-114. <https://doi.org/10.1177/13591045020007001007>
- Letalle, L. (2017). *Autorégulation et hétérorégulation en situation d'apprentissage d'itinéraires chez des adolescents et des jeunes adultes présentant une déficience intellectuelle* « Thèse en vue de l'obtention du grade en Psychologie, université Charles de Gaulle ».
- Letalle, L., Longobardi, E. & Courbois, Y. (2014). Effet de l'âge chronologique sur l'autorégulation et l'hétérorégulation chez des jeunes présentant une déficience intellectuelle. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, (25),37-51. <https://doi.org/10.7202/1027326a>
- Littré, E. (1872-1877). *Dictionnaire de la langue française* (Tome I). Hachette.
- Lonjaigue, O. (2017). *Le réaménagement identitaire après un accident vasculaire cérébral : apport de la prise en soin en psychomotricité auprès du patient cérébrolésé*

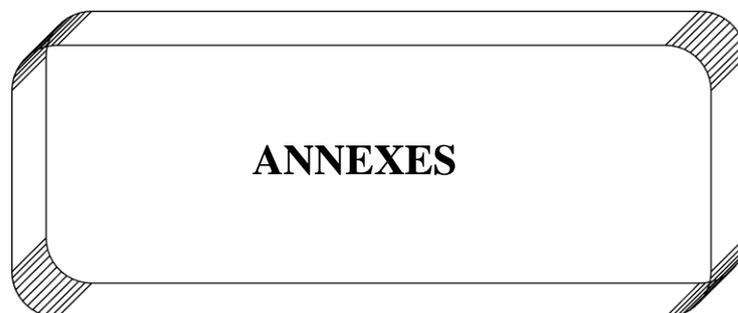
- « Mémoire en Sciences du vivant / Médecine humaine et pathologie, université de Bordeaux ».
- Maatouk, D. (2016). *Le vécu déshumanisant et le conflit identitaire de sujet amputés à l'adolescence suite à un accident traumatique de guerre* « Thèse de doctorat en psychologie, université du Québec ».
- Mahler, M. & Dupont, J. (2013). Symbiose et séparation-individualisation. *Le Coq-Héron*, 2(213), 59 -73.
- Maillard, B. & al. (2018). Enjeux psychopathologiques de l'annonce du VIH à l'adolescence. *Information psychiatrique*, 5(94), 371-376.
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2008). *Adolescence et psychopathologie*. Elsevier Masson.
- Marin, C. (2014). Chapitre 1 : Maladie et identité. Dans C. Marin, *Maladie, catastrophe intime (pp. 11-18)*. PUF.
- Maurin, A. (2010). *Les couloirs de l'adolescence : les espaces et les temps informels, leurs pratiques et leurs sens dans les institutions éducatives pour adolescents* « Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation, université Paris 13 ».
- Mayer, R. & al. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Gaétan Morin.
- Mezza, J. (2014). *Rupture et réorganisation du projet professionnel en référence à l'activité : le cas des personnes malades chronique* « Thèse de Doctorat en Psychologie/Orientation, université de Paris ».
- Mezza, J., Lhuilier, D. & Loarer, E. (2016). Réorganisation du projet professionnel et remaniement identitaire : les effets capacitaires de l'activité des personnes atteintes de maladies chroniques. *Identité sociale et dynamique du projet*, 45(2),1-46. <https://doi.org/10.4000/osp.4997>
- Moreau, A. (2013). Le processus de séparation/individuation chez Margaret Mahler. *publié par Admin2203, mis à jour le 1^{er} Aout 2013*. <http://paradoxa.ovh/2013/08/01/le-processus-de-separationindividuation-chez-margaret-mahler-par-aurelie-moreau/>
- Nader-Grosbois, N. (2007). *Régulation, autorégulation, dysrégulation : pistes pour l'intervention et la recherche*. Éditions Mardaga Collines.
- Nader-Grosbois, N. (2007a). Vers un modèle intégré de l'autorégulation et de l'hétérorégulation. Dans N. Nader-Grosbois (Ed.), *Régulation, autorégulation, dysrégulation* (pp.15-30). Mardaga.
- Nader-Grosbois, N. (2009). *Résilience, régulation et qualité de vie*. Concepts, évaluation et intervention. Louvain-la-Neuve : Presses universitaires de Louvain. Google Scholar

- Naour, R. (2008). La question de l'identité et du narcissisme à l'adolescence. *Information psychiatrique*, 2(84), 149-154.
- Nguyen, A., Taieb, O. & Moro, M-R. (2010). Les traumatismes psychiques chez les enfants infectés par le VIH/sida au Cambodge : de l'histoire singulière à la dimension collective. *La psychiatrie de l'enfant*, 2(53), 385-429.
- Nguimfack, L. (2008). *Réadaptation des mineurs délinquants placés en institution à l'environnement familial au Cameroun contemporain : implication des thérapies familiales systémiques* « Thèse de doctorat en psychologie, université Charles-De-Gaulle ».
- Nguimfack, L., Caron-Affronti, R. & Beaune, D. (2009). L'hypothèse du renforcement du sentiment d'identité dans la thérapie familiale systémique des familles africaines immigrées dans la France contemporaine. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1(42), 285-305.
- Oihana, G. (2016). Les personnes qui souffrent de solitude ne sont pas forcément celles que vous croyez. *Publié dans infographie*.
- ONUSIDA. (2016). *Statistiques mondiales sur le VIH*. Fiche d'information 2016. P.8. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf
- ONUSIDA. (2017). *Statistiques mondiales sur le VIH*. Fiche d'information juillet 2017. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf
- ONUSIDA. (2018). *Rapport mondial sur le suivi de la lutte contre le sida*.
- ONUSIDA. (2019). *Statistiques mondiales sur le VIH*. Fiche d'information.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Riposte mondiale du secteur de la santé au VIH*. Priorité aux innovations en Afrique.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). Centre des médias. VIH/Sida. Aide-mémoire. Actualisée juillet 2017.
- Organisation mondiale de la santé. (2019). *VIH/sida : questions-réponses*. <https://www.who.int/features/qa/71/fr/>
- Organisation mondiale de la santé. (2019). *Principaux repères sur le VIH/sida*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
- Ouellet, G. (2007). *Identité et itinérance : les stratégies identitaires dans le processus de désinsertion sociale* « Mémoire de maîtrise en Sociologie, Université du Québec ».
- PassesportSanté.(2016).*Crised'adolescence*.<https://www.passeportsante.net/fr/psychologie/Fiche.aspx?doc=crise-adolescence>
- Pedinielli, J-L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. PUF.

- Pedinielli, J-P. (1999). Approche de la recherche clinique en Psychologie. *Recherche en soins infirmiers*, 59, 9-14.
- Pierret, J. (2001). Vivre avec la contamination par le VIH/sida : contexte et conditions de la recherche dans les années quatre-vingt-dix. *Sciences sociales et santé*, 19(3),5-34. <https://doi.org/1010.3406/sosan.2001.1525>.
- Poussin, G. (2012). *La pratique de l'entretien clinique*. Dunod.
- Proulx-boucher, K. (2008). *Enjeux de la communication familiale entourant le VIH et la sexualité : perspectives d'adolescents vivant avec le VIH depuis la naissance* « Mémoire de maîtrise en sexologie, Université du Québec ».
- Proulx-Boucher, K. & al. (2011). Silence et divulgation dans des familles d'adolescents vivant avec le VIH/sida depuis la naissance : une exploration qualitative. *Pediatrics and child health*. 16(7), 404-408.
- Proulx-Boucher, K. & al. (2014). Bifurcation biographique : l'expérience de dévoilement du diagnostic du point de vue d'adolescents infectés par le VIH/sida en période périnatale. *Parenté et technique de reproduction assistée*, 21, 197-215.
- Pucheu, S. (2004). La guérison psychique du cancer ou le retour à l'harmonie du moi. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 3(2), 61-64. <https://doi.org/1010.1007/s10332-004-0021-7>
- Richards, R. (1990). Créativité au quotidien, créativité éminente et santé. *Journal de recherche sur la créativité*, 2(4), 300-326.
- Roncier, C. (2018). 22^{-ème} conférence international d'Amsterdam sur le VIH/sida. 23-27 Juillet 2018. www.aids2018.org.
- Rouget, S. (2014). Lorsque la maladie chronique rencontre l'adolescence. *Enfances & Psy*, 3(64), 45-56. <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2014-3-page-45.htm>
- Rufo, M. & Choquet, M. (2007). *Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité*. Editions Aune Carrière.
- Santiago-Delfosse, M. (2009). Fonctions psychologiques des théories subjectives de la maladie. Dans D. Simon, P.-Y. Traynard, F. Bourdillon, R. Gagnayre, & A. Grimaldi (éd.), *Éducation thérapeutique, prévention et maladies chroniques (pp.103-108)*. Elsevier Masson.
- Schmid-Kitsikis, E. (2013). Faut-il que l'adolescence ait une fin ? La créativité de l'âge adulte est toujours adolescente. *Revue française de psychanalyse*. 2(77), 490-502.

- Schwitzgebel, V. (2004). *Puberté*. Division d'endocrinologie pédiatrique et diabétologie Hôpital des Enfants HUG Genève. https://www.gfmer.ch/Formation_Fr/Pdf/Puberte.pdf
- Scelles, R. (2002). Introduction. Processus de résilience : questions pour le chercheur et le praticien. *Pratiques Psychologiques*, (1), 1-5.
- Scroccaro, N. (2018). Introduction générale. *8 cas cliniques en psychopathologie de l'adolescent et du jeune adulte*, 2, 9-13.
- Sillamy, N. (2019). *Dictionnaire de la psychologie*. Larousse.
- Taborda-Simões, M. (2005). L'adolescence : une transition, une crise ou un changement ?. *Bulletin de psychologie*, 5(479), 521-534.
- Tcholakova, A. (2016). Le remaniement identitaire et maintien de la cohérence biographique. *Sociologie*, 1(7), 1-51. |<http://journals.openedition.org/sociologie/2712>
- Trocmé, N. & al. (2002). Les incidences psychologiques chez les adolescents infectés par le VIH/sida. *Archives de pédiatrie* 9,114-116. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(01\)00902-2](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(01)00902-2).
- Tsala Tsala, J.-Ph. (2002). Adolescence et crise familiale en Afrique. Approche systémique d'un cas dans la famille camerounaise. Dans J.-Ph. Tsala Tsala (Ed.). *Santé mentale, Psychothérapies et sociétés* (pp. 111-139). WCP.
- Tsala Tsala, J.-P. (2009). *Famille Africaines en thérapie*. Clinique de la famille camerounaise. Harmattan.
- Vidal-Naquet, P. (2009). *Faire avec le cancer dans le monde du travail*. Harmattan.
- Voegtli, M. (2004). Du jeu dans le Je : ruptures biographiques et travail de mise en cohérence. *Lien social et politique*, (51), 145-158. <https://doi.org/10107202/008877ar>
- Wendi L. Gardner, E. & Finkel, J. (2010). La perturbation du concept de soi fait partie des difficultés d'une séparation. *Personality and Social Psychology Bulletin*. Psychomédia : Sage Journals Online. <http://www.psychomedia.qc.ca/couples/2010-03-09/la-perturbation-du-concept-de-soi-fait-partie-des-difficultes-d-une-separation>

- Wilson, S. (2007). When you have children, you're obliged to live: motherhood, chronic illness and biographical disruption. *Sociology of health and illness*, 29(4),610-626. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01008.x>
- Yelnik, C. (2005). L'entretien clinique de recherche en sciences de l'éducation. *Recherche et Formation*, 50, 133-146.



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 **ESSAGA ONYONG Suldive Berline**. Matricule : **150260** a libellé son sujet de Master II, option Psychopathologie et clinique ainsi qu'il suit : « **Capacités créatrices et réaménagement identitaire chez l'adolescent infecté par le VIH/Sida** »

Ses travaux s'effectuent sous la direction du Pr. **NGUIMFACK Léonard**

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour valoir et servir ce que de droit.

Fait à Yaoundé le 24 FEB 2021

Le Chef de Département



Jacques-Philippe TSALA TSALA
Professeur des Universités

**ANNEXE 2 : DEMANDE D'AUTORISATION DE RECHERCHE A L'HOPITAL
JAMOT DE YAOUNDE**

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I
Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
B.P 7011 Yaoundé (Cameroun)



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I
Faculty of Arts, Letters and Socials Sciences

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY
P.O Box 7011 Yaoundé (Cameroon)



Yaoundé, le 12/11/2019

LE CHEF DE DEPARTEMENT
DE PSYCHOLOGIE

A

Monsieur le Directeur de l'hôpital
Jamot

OBJET : demande d'un stage académique

Monsieur le Directeur,

Dans le cadre de leur formation, les étudiants en master II effectuent un travail de recherche, sous la direction d'un enseignant. Dans cette optique, l'étudiant **ESSAGA ONYONG Suldive Berline** de matricule **150260** a choisi de travailler sur les capacités créatrices et réaménagement identitaire chez l'adolescent infecté par le VIH/sida.

A cette issue, nous vous serons gré des mesures que vous voudriez bien prendre, pour faciliter le travail de recherche de cet étudiant, en lui autorisant l'accès aux adolescents infectés au VIH/sida.

Veuillez agréer, monsieur le directeur l'expression de mes sentiments distingués.

Handwritten notes:
21.02
2020
P. MED - par
grammaire

Handwritten signature:
Eric Waller

Handwritten signature:
Philippe Tsala Tsala



Handwritten signature:
Mendiani Mende
Pathologiste

Le Chef de Département



Handwritten signature:
Philippe TSALA TSALA
Professeur Titulaire

ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Je soussigné _____, déclare accepter librement et de façon éclairée de participer à l'étude intitulée « *capacités créatrices et réaménagement identitaire chez l'adolescent infecté par le VIH/sida* ».

Sous la direction du Pr. NGUIMFACK Léonard.

Promoteur : Université de Yaoundé I

Investigateur principal : ESSAGA ONYONG Suldive Berline, étudiante en MASTER.

Objectif : appréhender malgré les éprouvés qu'à l'adolescent infecté par VIH/sida, les capacités créatrices à l'œuvre dans le réaménagement de son identité.

Engagement du participant : l'étude va consister à participer librement et de façon éclairée à une investigation psychologique à l'aide des entretiens. L'évaluation se fera en trois (03) séances maximums.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, je m'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques. A protéger l'intégrité psychologique et sociale des participants tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Liberté des participants : Le consentement pour poursuivre l'évaluation peut être retiré à tout moment sans donner des raisons et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le participant.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir les informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal. Et ce dans les limites de contraintes du plan de recherche.

Bénéfice de l'étude pour le participant : cette étude est faite sans aucun bénéfice direct.

Garantie de confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. La transmission des informations concernant les participants pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera aussi anonyme.

Éthique : L'Université de Yaoundé I (promotrice de la recherche) et ESSAGA ONYONG Suldive Berline (investigateur principal) s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant les participants.

		Contact du chercheur : Beroleca92@gmail.com, 656850751
Date et signature du parent	Date et signature du participant	Date et Signature du chercheur :

ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIENS

PREAMBULE

Bonjour. Je suis étudiante en psychologie clinique et psychopathologie à l'université de Yaoundé 1. En quelques mots, comme nous vous l'avons expliqué lors de notre première rencontre, l'entretien d'aujourd'hui fait partie d'une recherche sanctionnant la fin de notre second cycle universitaire. Je mène une étude sur les capacités créatrices et le réaménagement identitaire et je m'intéresse aux adolescents.

En particulier, cette recherche a pour but de comprendre comment et de quelle manière certains adolescents infectés par le VIH/sida arrivent à réaménager leur identité tandis que chez certains l'effraction de la maladie bouleverse la construction de leur identité.

Bien entendu, tout ce qui sera dit au cours de cet entretien restera absolument confidentiel. Si nous vous proposons de l'enregistrer, c'est pour faciliter notre discussion et éviter des erreurs dans notre prise de notes.

Identification

Nom d'emprunt :

Fratrie :

Age :

Niveau d'étude :

Sexe :

Religion :

Ethnie :

Rang dans la fratrie :

1. Vécu de l'adolescent avant l'annonce/découverte de l'infection à VIH/sida

- Connaissances sur le VIH/sida
- Croyances sur l'infection à VIH/sida
- Identité de soi/rapport à soi
- Relations avec les autres

2. Vécu de l'adolescent suite à l'annonce/découverte de l'infection à VIH/sida

- Réactions lors de l'annonce/découverte de l'infection à VIH/sida
- Les éprouvés ou ressentis (peur, angoisse, affects, sentiment de culpabilité, sentiment de honte...)
- Identité de soi/rapport à soi
- Relations avec les autres

3. Vécu de l'adolescent après l'annonce/découverte de l'infection à VIH/sida

- Connaissances sur le VIH/sida
- Croyances sur l'infection à VIH/sida
- Eprouvés ou ressentis (peur, angoisse, affects, sentiment de culpabilité, sentiment de honte...)
- Identité de soi/rapport à soi
- Relations avec les autres

4. Capacités créatrices

- Potentialités de mentalisation et d'imaginaire
- Mécanismes de défenses
- Mécanismes de dégageant
- Ressources autopoétiques

5. Réaménagement identitaire

- Sentiment d'autonomie/ d'indépendance
- Sentiment d'être soi
- Sentiment d'être différent et semblable
- Sentiment d'estime de soi
- Sentiment d'être en relation avec autrui

ANNEXE 5 : CONTENU DES ENTRETIENS AVEC LE CAS ADRIEN

NB : les noms utilisés dans les entretiens sont des pseudonymes et non des noms réels des participants. Nous avons choisi ces pseudonymes afin de garantir l'anonymat sur la personne de chaque participant.

PREMIER ENTRETIEN AVEC LE CAS ADRIEN

Cet entretien a eu lieu dans l'un des bureaux du CTA de l'hôpital Jamot, le samedi 06 Mars 2021 à 10h45min. Sa durée fut de 52 min 30 sec

Etudiante : bonjour

Adrien : bonjour

Etudiante : je m'appelle berline. Je suis étudiante en psychologie à l'université de Yaoundé I. je mène une étude sur le réaménagement identitaire chez les adolescents. J'aimerais que nous parlions de ce réaménagement identitaire et des processus qui sous-tendent cela. J'aimerais que tu me permettes d'enregistrer et de prendre des notes pendant nos entretiens. Je te garantis la confidentialité de ces entretiens. Une fois de plus, je te remercie d'avoir accepté de participer à cette étude en signant le consentement éclairé.

Okay ! Et surtout sans toi à l'aise et libre

Adrien : d'accord.

Etudiante : avant de plonger dans le vif du sujet, je souhaite avoir certaines informations sur toi. C'est-à-dire ton nom, âge, sexe, ethnie, fratrie, niveau scolaire, religion et ton rang dans la fratrie.

Adrien : pas de soucis. Je m'appelle Adrien, j'ai 21 ans, je suis en deuxième année science économique à l'université de Soa, je suis Béti plus précisément Ewondo, nous sommes 7 enfants et je suis le deuxième enfant. Concernant ma religion je peux dire tout simplement que je suis chrétien.

Etudiante : okay ! Merci bien. Comme je vous ai dit au début, je travaille sur le réaménagement identitaire et je souhaite aborder quelques points avec vous concernant votre vécu. Peux-tu donc me parler de ton vécu avant la découverte du VIH/sida ? C'est-à-dire tes connaissances, tes croyances sur l'infection ainsi que tes relations avec toi-même et les autres.

Adrien : en fait avant de connaître mon statut, j'étais un enfant toujours malade ; c'est comme ça qu'on a décidé de faire un peu les examens genre pour voir ce qui n'allait pas. C'est là qu'on a découvert que j'étais infecté par le VIH/sida.

Etudiante : c'était à quel âge ?

Adrien : j'avais dans les 13-14 ans

Etudiante : tu as été mis au courant à quel âge ?

Adrien : comme je disais c'était dans les 13-14 ans

Etudiant : si je comprends bien, tu as été immédiatement mis au courant ?

Adrien : en fait, c'est ma mère qui me l'a dit. Donc j'ai remarqué qu'elle fondait de larmes et je lui ai posé la question « *c'est comment ?* » c'est comme ça qu'elle me dit, « *tu vois là, je souffre de cette maladie* »

Etudiante : elle n'a pas attendu avant de te le faire savoir ?

Adrien : effectivement. C'est parce que j'ai constaté qu'elle était triste que j'ai décidé de me rapprocher d'elle.

Etudiante ; okay ! Avant que tu ne sois informé de cela, qu'est-ce que tu connaissais sur le VIH/sida ?

Adrien : je ne connaissais vraiment pas ce que sait. Pour ma part comme je vous ai dit, je souffrais vraiment beaucoup, j'avais mal à la poitrine

Etudiante : hum hum !

Adrien : donc c'est ça qui me menaçait avec d'autres maladies opportunistes

Etudiante : okay !

Adrien : c'est après qu'on me déclare infecter qu'au travers des sensibilisations que j'ai pu apprendre sur le VIH/sida. Mais déjà je croyais bien et bien que cette maladie existe bien que n'ayant pas d'informations sur le VIH/sida. Je me disais comment cette maladie a pu m'atteindre, je croyais que ça existe mais je me posais tellement de questions sur cette maladie.

Etudiante : okay ! Parles moi de tes relations avec les autres avant que tu sois informé de l'infection au VIH/sida

Adrien : comme je vous l'ai dit, j'étais un enfant qui était toujours malade, donc du coup, je ne m'entendais pas bien avec mon entourage, quand quelque chose m'énervait, je m'emportais très vite. Je ne m'attendais pas bien avec mon entourage, j'étais toujours dans mon coin, je ne me mélangeais pas trop avec les gens de la maison.

Etudiante : okay ! Si je comprends bien tu ne t'entendais pas beaucoup avec tes proches ?

Adrien : effectivement.

Etudiante : d'accord. Peux-tu me dire comment est-ce que tu as réagi le jour ou maman t'avais annoncé que tu étais infecté au VIH/sida ?

Adrien : pour dire vrai, ce n'était pas vraiment facile. La colère et tout ça, les énergies négatives ; donc je portais vraiment ça en moi. Donc avec le temps, la sensibilisation aussi de l'hôpital m'a permis de me remettre.

Etudiante : donc si j'ai bien compris, tu as réagi ce jour par la colère uniquement ?

Adrien : la colère, la tristesse, j'étais vraiment mélancolique ; à un certain moment j'en voulais à ma mère, je lui en voulais vraiment. En fait, quand on m'a dit ça, j'ai un peu repensé, je me repliais, j'avais un certain comportement. Je ne voulais pas parler avec les gens ; j'étais un peu genre calme, toujours dans mon coin.

Etudiante : et par rapport à ton ressenti, essaye un peu de nous dire comment tu te sentais pendant cette période où tu as été mis au courant de ton statut sérologique ?

Adrien : j'étais vraiment angoissé. En fait vu la situation, c'était comme si ma mère portait ce fardeau pour moi. Moi en tant que telle ne ressentais que de la colère. Mais c'est la souffrance de maman qui me dérangeais bien qu'au début je l'en voulais. Je n'étais pas assez mur quand on m'a dit cela ; je ne prenais pas cela au sérieux. Avec le temps, je commençais à me replier sur moi-même. Donc je ressentais de la culpabilité de faire souffrir maman. Lorsque j'ai été mis au courant j'avais de ces accoutrements. Ça n'a pas été vraiment facile.

Etudiante : humm hum. J'imagine que ce n'était vraiment pas facile pour toi de vivre cette situation.

Adrien : donc, surtout à l'école, on me voyait là comme... j'étais là frêle frêle... donc avec le temps c'est passé.

Etudiante : donc tu as pu surmonter cette situation difficile ? Essaie de me dire davantage comment tu as réussi cela et par quel Moyen ?

Adrien : si j'ai pu surmonter la situation. Mais je suis passé par tellement d'épreuves. Je vais commencer par la famille. Elle n'a pas vraiment...donc c'était un peu genre qu'on m'évitait ; à l'école aussi. Donc je ne sais. Le bruit a aussi couru que je souffrais d'une certaine maladie bizarre. Mes amis m'évitaient, je marchais seul

Etudiante : donc sur le plan relationnel ce n'était pas au beau fixe si je me fais bien comprendre. Tu te sentais seul à un certain moment donné.

Adrien : effectivement je me sentais tout seul. Tout le monde m'avait abandonné. Ce qui fait que même à l'hôpital j'étais vraiment timide. En fait j'avais le soutien de ma mère seulement. C'est elle que ça touchait le plus, le reste m'évitait. J'étais vraiment triste, en colère, apeuré surtout quand je pensais que j'ai cette maladie, avec le temps ; j'ai développé une certaine... j'ai grandi avec une certaine culpabilité, le fait de savoir que j'ai cette maladie et à la maison d'autres n'ont pas ça. Comment je vais me sentir. Donc c'est un peu ça qui me mettait un peu hors de moi. Quand je voyais quelque chose qui m'énervait, je me mettais en colère...ce n'est pas quelque chose qui a commencé maintenant.

Etudiante : tout ce comportement dont tu parles c'était après que tu sois mis au courant sur ton statut sérologique ?

Adrien : évidemment.

Etudiante : okay ! Par rapport au rapport à toi, est ce que tout était encore comme avant ? Sur le plan scolaire, sur tes projets d'avenir et sur bien d'autres. Est-ce que tu te représentais encore cet Adrien fort et souriant qu'on avait bien avant la découverte de son statut ?

Adrien : je n'avais pas la paix intérieure (désorganisation). Mais comme je vous les dis avec le temps ça essayais d'aller. J'ai pris ça en moi, j'ai appris à vivre avec. Bien avant, j'ai commencé a baissé la garde à l'école. Cette maladie m'a fracassé, je baissais de mes notes à l'école. J'étais un gars déterminé à l'école avant ma maladie. Avec cela, je suis passé par tellement d'échecs. Donc je n'avais plus trop la tête à l'école. Cette maladie m'anéantissait. Pour me faire oublier cette maladie qui est en moi, je faisais tellement... je ne sais pas... je

faisais tellement de choses inimaginables. Je manquai du respect à mes parents, je les parlais mal. Mes notes baissaient à l'école et j'ai remarqué que le comportement de ma mère avant que je sois informé de la maladie avait aussi changé. J'étais devenu un enfant têtu, qui n'était pas têtu avant, qui n'avait jamais manqué du respect, j'étais devenu rebelle. Je reprochais un peu à ma mère. Je me disais pourquoi moi et pourquoi pas les autres.

Etudiante : donc à un certain moment si j'ai bien saisi, ton identité a subi un bouleversement ; tout ce que tu entreprenais faire était tombé dans l'eau ainsi que tes rêves ?

Adrien : j'ai vraiment été traumatisé non seulement avec le fait de savoir que j'avais cette maladie, de voir ma mère sombrée bien que je lui en voulais à un certain moment donné et de voir tout le monde me tourner le dos. C'est tout cela qui m'a poussé à me révolter contre maman à un certain moment donné. Mais je voyais qu'elle souffrait beaucoup ; je n'avais pas la paix intérieure. Comme je disais, je faisais tout cela pour oublier. J'étais toujours en colère avec mes frères à la maison.

Etudiante : ok ! Nous allons arrêter ici pour ce jour. Merci une fois de plus pour ta disponibilité. Nous nous verrons la semaine prochaine.

DEUXIEME ENTRETIEN

Cet entretien a eu lieu dans l'un des bureaux du CTA de l'hôpital Jamot, le samedi 13 Mars 2021 à 9h 33min. Sa durée fut de 41 min 03 sec

Etudiante : bonjour Adrien.

Adrien : bonjour.

Etudiante : merci d'avoir honoré à ce rendez-vous. Comment vas-tu ?

Adrien : ça va assez bien.

Etudiante : ok ! La semaine passée tu me disais qu'avant l'annonce de ton statut sérologique tu n'avais pas de connaissances sur le VIH/sida. C'est avec les sensibilisations que tu t'en es imprégné. Peux-tu m'en dire plus sur tes croyances ?

Adrien : en fait comme je vous disais, à propos de mes croyances, avec le soutien de l'hôpital je commençais un peu à ne plus me mettre dans la peau d'un malade, je faisais ce qu'il fallait à propos de l'hygiène ; donc on donnait certains conseils. Donc c'est un peu ça.

Etudiante : dites-nous un peu comment tu as pu surmonter, gérer cette situation ?

Adrien : ce que je vous disais là c'est quand j'ai su que j'étais malade.

Etudiante : hum hum

Adrien : mais avant, je vivais ma vie donc ce n'était pas trop... je souffrais, j'étais malade, mais...je n'avais vraiment pas connaissances de ce que j'avais. On me disait palu qu'on traitait avec les trucs médicaux. Là donc en fait c'est ça.

Etudiante : ok ! En ce moment là et bien après quels sont les ressentis après que tu sois informé de cette maladie. Est-ce que c'était encore les mêmes ressentis que tu avais le jour où on t'avait annoncé cela ?

Adrien : en fait, je vais vous dire quelque chose. On m'a dit que j'étais infecté ; je me sentais un peu...aliéné comme je vous ai dit que le comportement de ma mère a un peu changé vis-à-vis de moi. Donc je ne me sentais pas trop en paix. J'étais toujours persécuté à un niveau que je me martyrisais. On me ... donc je ne supportais vraiment pas ça. Donc je n'étais pas en paix avec moi-même malgré que je prenais déjà le médicament.

Etudiante : et maintenant avec le temps, comment tu as fait pour accepter. Parce que présentement je vois que tout va bien

Adrien : oui oui ça va déjà. Je me suis remis avec le temps

Etudiante : ok ! Mais maintenant peux-tu nous en dire davantage comment après l'annonce tu as pris les choses en main pour pouvoir arriver jusque-là. Tu avais déjà un niveau de connaissances suffisant, tu croyais à l'existence du VIH/sida. C'est exact ?

Adrien : hum hum.

Etudiante : qu'est-ce que tu avais ressentie face à cette annonce. Essaie de m'en parler.

Adrien : j'avais peur. Il m'arrivait d'avoir peur encore parce qu'une maladie vraiment incurable, quand tu es malade, là, ça peut aussi t'emporter. C'est dans ce cas-là que je pensais.

Etudiante : donc tu pensais un peu à la mort si je saisi bien ?

Adrien : oui oui. Ça pouvait me prendre à tout moment. Donc...

Etudiante : comment as-tu fait donc pour te remettre ?

Adrien : donc comme je vous disais, l'environnement. En fait je vivais avec ma mère adoptive. Bon je me suis retrouvé avec mon père actuellement. Donc pour dire l'environnement était adéquat.

Etudiante : tu as pu te remettre grâce à l'environnement, c'est cela ?

Adrien : oui l'environnement y était pour beaucoup. Mais pour dire vrai bien que vivant dans un environnement propice c'était une maman adoptive. L'environnement à un moment donné n'était plus ça parce que j'avais mes problèmes à moi-même, mais on ne voyait pas. J'avais certains problèmes à moi que j'essayais de résoudre.

Etudiante : lesquels par exemple ?

Adrien : les problèmes sentimentaux. La famille même n'avait pas trop mon temps. J'essayais de résoudre mes problèmes de moi-même. Donc on n'avait pas trop mon temps mais j'ai pu surmonter cela.

Etudiante : dites-nous comment cela a été possible ce changement radical ?

Adrien : pour dire vrai, c'est que je suis arrivée parce que j'étais à la recherche de mon père. Et quand j'arrive maintenant, la famille a changé. Donc ça vraiment changé. Je me sentais à l'aise. Donc c'est un peu cela. C'est l'environnement qui me faisait me replier sur moi-même, être toujours dans mon coin, invisible vis-à-vis des autres ; donc je ne parlais pas trop malgré que c'était aussi ma famille ; mais je ne me confiais pas trop à eux.

Etudiante : sur le plan personnel qu'est-ce que tu as entrepris ? Parle-nous de cette expérience.

Adrien : il m'arrivait de penser à mon avenir, je me disais donc mon avenir est fini comme ça, je pensais à ma mère qui sombrait et j'ai décidé de prendre ma vie en main ; à reconstruire ma vie.

Etudiante : hum hum je t'écoute.

Adrien : pour dire aussi vrai, affaire école, je ne pensais plus vraiment trop à ça. Je pensais plutôt au fait que je cherchais les moyens pour rechercher mon père. Dès le moment où j'ai pu entrer en contact avec lui, je suis allé vivre avec lui et ma mère adoptive. Par la suite je me suis dit vraiment il faudrait que je me remette parce que mon objectif était atteint. Celui de retrouver mon père. Pour dire vrai aussi, si je suis comme je suis, c'est vraiment grâce à Dieu,

c'est lui qui m'a soutenu dans cette période dite d'enfer jusqu'à maintenant. Mais j'ai une façon à moi d'affronter la vie. Je suis déterminé et j'ai toujours eu foi en moi dans ce que je fais. Bon quand je fixe un objectif, j'atteins cet objectif.

Etudiante : si je peux me reprendre à propos de ce que vous dite, c'est que vous êtes un garçon déterminant qui a su s'outiller sur le VIH/sida grâce aux sensibilisations et que par la suite face à un problème tu te fixes des objectifs et que tu les atteints toujours. C'est cela ?

Adrien : effectivement. En fait j'étais dans le niveau de sensibilisations dans l'approche comment affronté la maladie et l'hygiène de vie. Durant ces sensibilisations, j'ai appris quelques trucs qui m'ont permis d'affronter certaines difficultés. Par exemple j'ai appris à vivre avec les autres en mangeant avec eux, en jouant avec eux. Par exemple aussi, comme le matin je fais toujours de mieux ce qui me passionne comme l'école, la télévision et le téléphone. Il m'arrive aussi de me protéger dans la vie en évitant de contaminer les autres et de sensibiliser les autres adolescents qui sont infectés comme moi. Il y a certains trucs que je relate souvent par rapport à mon avenir bien qu'on me dit souvent que je fréquente encore, que je ne peux pas le réaliser. Comme je vous l'ai dit, je suis un gars déterminant et je compte arriver au bout de mes rêves. Même à l'école face à un certain problème je m'imagine dans ce problème. Je mets un certain nombre de prédispositions pour atteindre cela. Je vis avec la maladie en me protégeant, en prenant correctement mes médicaments et en évitant de nuire aux autres tout en les protégeant. Certes on vie ensemble mais nous sommes différents à un certain moment donné.

Etudiante : okay ! C'est très bien Adrien. A un certain moment donné n'y a-t-il pas un sentiment d'autonomie qui est né en toi ? Parle-nous un peu de cela.

Adrien : concernant ma vie personnelle, j'ai appris à prendre mes décisions par moi-même sans nuire à autrui comme je disais tantôt. Je vis comme si je ne suis pas malade ; je vais à l'école, j'ai pris confiance en moi. Il m'arrive quand je suis à la maison et que tu commets des trucs quand tu es malade, il y'a aussi certaine influence qu'il met sur toi là que tu es malade dont tu es condamné à prendre les médicaments. Donc c'est un peu ça ; c'est un peu les trucs qui m'énervent.

Etudiante : quoi par exemple ?

Adrien : le fait de savoir que tu es condamné à prendre le médicament. Ce n'est pas n'importe qui qui doit savoir que je suis malade. Je suis comme je suis, mais je suis aussi

malade et pense aussi à ma propre hygiène en prenant mon médicament. Mes parents ne sont plus trop derrière moi pour me surveiller. J'essaie moi-même de faire mes propres choix. Mes parents ont cessé désormais d'assumer mes choix face à ma maladie. J'ai un mot à dire.

Etudiante : tu éprouves un sentiment d'être en relation avec les autres ?

Adrien : comme je vous ai dit que ce n'est pas aussi bien que certaines des membres de la famille connaissent que tu es malade. J'arrive à affronter tout ce qu'ils disent, mais je pense aussi qu'ils ont raison donc je ne me focalise pas trop sur ça ; j'essaie de me calmer en regardant devant et non derrière. Parce que si je regarde derrière, je peux peut-être arrêter de ne plus boire le médicament. Donc j'ai un objectif, c'est de forger une personnalité sans trop penser à ce que j'ai en moi et en écoutant pas les propos malveillants.

Etudiante : si j'ai bien compris, tu ne t'attarde plus sur ce que les gens peuvent dire de toi ?

Adrien : effectivement. Ça me laisse à trente-sept. Bien qu'avant cela m'affectait vraiment. Mais maintenant je me focalise sur mon objectif. J'ai mes projets à réaliser et ce n'est pas la maladie qui viendra tout gâter ou m'anéantir. J'ai accepté vivre avec. C'est avant que je culpabilisais, j'en voulais à maman. Mais j'ai décidé de prendre les choses telles qu'elles sont. De me forger un Adrien fort et souriant.

Etudiante : okay ! Parle-nous de ce sentiment d'être avec les autres.

Adrien : par rapport à mes relations. Je ne parle pas vraiment de ça à mes amis et ça ne me dérange pas vu que d'une certaine manière nous sommes différents vu qu'ils ne sont pas malades. Mais j'ai plutôt le soutien venant de ma famille, plus précisément de ma mère, de l'hôpital ; or mis cela, j'ai ma propre détermination, je suis quelqu'un de confiant et persévérant à Dieu.

Etudiante : je vous remercie vraiment d'avoir répondu présent et d'avoir contribué à la concrétisation de cette recherche. Une fois de plus merci Adrien et surtout continue dans cette même lancée. Tu es vraiment quelqu'un de fort et de déterminé.

ANNEXE 6 : CONTENU DES ENTRETIENS AVEC LE CAS VALERIE

PREMIER ENTRETIEN

Cet entretien s'est déroulé au CTA dans l'un des bureaux de l'hôpital Jamot de Yaoundé, le mercredi 10 mars 2021 à 13h 58min. Sa durée fut de 1h 10min.

Etudiante : bonjour.

Valérie : bonjour.

Etudiante : je m'appelle berline. Je suis étudiante en psychologie à l'université de Yaoundé I. je mène une étude sur le réaménagement identitaire chez les adolescents. J'aimerais que nous parlions de ce réaménagement identitaire et des processus qui sous-tendent cela c'est-à-dire qui sont à l'origine. J'aimerais que tu me permettes d'enregistrer et de prendre des notes pendant nos entretiens. Je te garantis la confidentialité de ces entretiens. Une fois de plus, je te remercie d'avoir accepté de participer à cette étude en signant le consentement éclairé.

Valérie : okay ! Pas de problème.

Etudiante : puis je avoir certaines informations te concernant ? Âge, ethnie, fratrie, rang dans la fratrie et ton religion niveau scolaire.

Valérie : okay ! Moi c'est Valérie, j'ai 16 ans, je suis Eton. Nous sommes trois enfants donc je suis la dernière. Concernant ma religion je suis chrétienne. J'ai eu à arrêter mes études en classe de troisième à cause de la maladie de maman. Comme elle est commerçante c'est moi qui vais la remplacer au marché pour l'aider à faire ces cotisations et de s'occuper de nous.

Etudiante : d'accord. Peux-tu me parler de ta vie avant que tu ne sois mis au courant que tu es infecté par le VIH/sida ?

Valérie : un beau jour, je me suis réveillée un beau matin, j'ai commencé à toussé croyant que c'était une simple toux alors que c'était la tuberculose. Quand je toussais le sang commençait à émerger sur mes mains. Je me posais les questions que « *ça c'est encore quoi ça* » je me posais déjà les questions.

Etudiante : tu avais quel âge ?

Valérie : j'avais vers les 13 ans. J'ai commencé à me poser les multiples questions. Que « *ça c'est encore quoi ça* ». J'ai appelé ma grande sœur pour lui montrer cela. C'est alors comme

ça que ma grande sœur essayait d'appeler ma mère. J'étais à la maison épuisé et fatiguée ; ma grande sœur se débrouillait à son petit niveau pour que je puisse... pour que ces saignements puissent s'arrêter. Elle a fait à son niveau ça n'a pas pu donner. La mater est venue. Maintenant c'est quand elle vient, elles nous expliquent maintenant, comme tu vois là, c'est la tuberculose et tout ça. On vient maintenant au centre Jamot, on nous dit que « *comment se fait-il que cet enfant de cet âge a cette maladie ? Vous la prenez à la légère. Parce que si c'était une grande personne je n'allais pas réagir, je devais vous laisser partir. Mais comme c'est un enfant, je peux quand même la ramener en vie et le traité comme tout le reste des enfants* ». C'est maintenant alors qu'on parcourt les distances, on nous dit d'aller comme ça, allez dans les surveillances, faite ceci, faite cela. La mater avait déjà peur, la peur était déjà entrée en elle qu'elle ne savait même pas comment faire parce qu'elle ne savait même pas comment faire parce qu'elle a dû perdre d'abord les premiers enfants. La peur...elle disait, que si celle-ci part encore, je suis foutu. Elle pleurait. Moi aussi j'étais de mon côté, je me posais de multitudes question. Que c'est à cause du tabac, la cigarette. Donc j'avais déjà peur que qu'est ce qui m'arrive ; je ne sais pas. Je m'étais tantôt les trucs mystiques à l'intérieur, tantôt je disais peut-être la cigarette. Comme d'autres enfants ont l'habitude de prendre les demi-demis là pour essayer de fumer. Je me posais beaucoup de question. Que celle-ci sort d'où, peut-être c'est ma mater qui a eu ça, peut être comme elle était enceinte de moi, peut être le virus est entré. Plusieurs questions me passaient par la tête.

Etudiante : tu te posais beaucoup de question, c'est ça ?

Valérie : oui, je ne savais même pas comment faire ; quand nous sommes venus, ils ont essayé de me prendre en charge.

Etudiante : on avait fait les tests ainsi que celui du VIH/sida ?

Valérie : oui. On a fait tout ce qu'il fallait. Maintenant, alors quand on a fini de faire, deux jours après, trois jours après, on a dit qu'on revient. Quand on venait, on faisait les examens. On voyait déjà que ça allait maintenant. Un jour, on nous est dit que je ne devais plus me rapprocher des autres. Donc je devais 6 mois, ne plus manger dans la même assiette que mes sœurs, ne plus trop me rapprocher de peur que ça peut... parce que le traitement... donc on n'avait pas encore traité ça.

Etudiante : et ce jour on ne t'avait pas encore dit réellement ce que c'était ?

Valérie : oui. On ne m'avait pas encore dit. C'est après qu'on a fait l'assise à la maison qu'on m'a dit que... j'ai essayé de dire à maman que maman dit moi un peu ce qui provoque ça. Comment se fait-il que papa n'a pas le genre là, toi tu n'as pas le genre là et comment se fait-il que c'est à moi que ça prend ? Elle commence à m'expliquer qu'il y a les choses qui arrivent, je ne sais pas. Tu avais dû faire quelque chose peut être que c'est grâce à ça que ce genre de truc est entré en toi. Donc elle ne voulait pas me dire...

Etudiante : réellement.

Valérie : effectivement. Elle me prenait un peu comme ça pour que la peur et... donc du genre je ne devrais plus me rapprocher trop des gens parce qu'elle connaissait déjà que peut être si elle me disait ça, je devais déjà dire que c'est à cause de toi que c'est arrivé. C'est peut-être parce que je saluais les gens ; c'est peut-être parce que j'étais trop rapproché que peut être le virus a pu me toucher ou bien le fait de manger dans la même assiette que les autres que cela est arrivé. Elle me dit, « non ce n'est pas ça. Il faut seulement persévérer ». Comme on croyait aussi en Dieu, elle me dit aussi qu'il faut seulement beaucoup prier. « *Ne laisse pas ta foi se rabaisser sinon le diable va dire qu'il a gagné son trophée* ». Maintenant on a continué, un jour, nous sommes venus ici, on nous a dit qu'il faut que je dois prendre les remèdes. Je prends les médicaments...je prenais, chaque jour je venais après un mois, on me donnait les comprimés. Ça venait une centaine. Je buvais après un mois, je partais chercher. C'est pendant les six mois là que j'ai su maintenant. Maintenant on nous a alors envoyé au CTA. Quand je suis arrivée là-bas, j'ai vu les autres adolescents, je suis venu et c'est maman qui m'a dit que désormais quand tu vas venir pour venir prendre ton médicament, ça ne serait plus dans la pièce si, ça serait dans l'autre pièce. Donc les remèdes que tu vas prendre là, ne veut plus dire que comme tu prends ça, c'est peut-être... comme on dit que le fait de prendre les remèdes installent... donc...

Etudiante : les effets indésirables ?

Valérie : oui oui. Elle me dit : « maintenant que ça ne veut pas dire que c'est ça que ça va te provoquer. Donc ça va faire en sorte que le virus là puisse mourir à petit feu. Parce que si tu laisses ça, tu risques de mourir de même comme tes grandes sœurs. Quand elle m'a alors dit comme ça, j'ai commencé à dire que comme j'avais aussi d'autres de mes amis qui étaient aussi de même comme ça. Mais moi je ne ...mais, elle m'expliquait quand même. Mais je disais ah ! Vous dites des histoires aux gens ; je ne crois pas à ça. Mes amis me disaient pour que je prenne mon remède, il faut que papa me donne l'argent, pour que je prenne mon remède,

maman me donne l'argent, elle me flatte d'abord pour qu'elle me donne le médicament. Quand j'ai vu ça, malgré les moyens que la mater avait, elle se débrouillait aussi. Je n'ai pas alors voulu faire comme mes amis.

Etudiante : le chantage aux parents ?

Valérie : oui, je n'ai pas alors fait comme mes amis, m'exposent que j'étais infecté et comme ça parce que, si je leur disais parce que quand je marche avec mes amis, je sais que celle-ci est comme ça, celui-ci est comme ça. Je savais que si celui-ci je lui dis, il devait se moquer de moi parce qu'il y a d'autres qui font comme ça. Si moi je te dis ça pardon ne me vend pas, ne me dévoile pas que j'ai tel microbe en moi. Sinon ça va un peu me frustrer. Moi j'ai dit non ; moi je ne vais pas du genre pour que je boive, il faut l'argent, pour que je fais ceci, il faut manger, j'ai laissé. J'ai commencé à prendre mon médicament.

Etudiante : si je comprends bien Valérie, ça veut dire que bien avant tu soupçonnes ; certes on te donnait déjà les médicaments mais est ce qu'on t'avait dit exactement que tu souffrais d'une infection à VIH/sida ?

Valérie : oui c'est ce que maman m'avait dit après comme j'étais déjà en bonne forme. Parce que j'étais donc je ne sais... on disait déjà que je vais mourir. Elle ne voulait pas me dire à l'instant parce qu'elle savait que je pouvais faire autre chose autrement je parlais comme les blagues. C'est après maintenant qu'elle m'a dit comme tu vois là, la maladie que tu vois là c'est une infection du VIH/sida. Comme tu vois là, tu as un virus en toi. Il faudrait maintenant que comme tu pars chaque jour-là, c'est pour aller prendre le remède pour calmer le ver là. Le ver ne va jamais mourir. C'est le fait de boire le médicament qui fera en sorte que ça se calme. Parce que si tu ne bois pas, ça va encore provoquer le virus et quand ça va aller encore provoquer, ça va aller de mal en pire et ça risque de t'amener à la mort de même que ceux que tu avais vu à Jamot le jour où je te transportais. Tu avais vu d'autres mourir devant tes yeux, c'était le cas parce qu'ils n'ont pas pris bien leur médicament. Ils ne respectaient pas l'heure ni le jour.

Etudiante : ils ne respectaient pas l'observance en quelque sorte ?

Valérie : oui oui, ils ne respectaient pas l'observance.

Etudiante : ok ! Donc ça veut dire que, bien avant que maman ne te mette au courant de ton statut tu avais déjà une idée sur l'infection à VIH/sida ?

Valérie : non je n'avais pas vraiment une idée dessus. Je ne connaissais rien à part ce qu'on nous dit à l'école. C'est quand j'ai appris cela qu'on a essayé de me sensibiliser, de me dire voici ce qu'est le VIH/sida, les modes de transmissions, la conduite à tenir par rapport à ça.

Etudiante : ok ! Nous allons arrêter ici pour ce jour. Merci une fois de plus pour ta disponibilité. Nous nous verrons la semaine prochaine.

DEUXIEME ENTRETIEN

Cet entretien s'est déroulé dans la salle d'écoute du Centre « la Vie », le mercredi 17 Mars 2021 à 13h 27min. sa durée fut de de 49 min 6sec.

Etudiante : bonjour Valérie.

Valérie : bonjour.

Etudiante : merci d'avoir honoré une fois de plus à ce rendez-vous. Comment vas-tu ?

Valérie : ça va bien.

Etudiante : okay ! Nous allons continuer notre entretien de la dernière fois. La dernière fois vous m'avez fait savoir qu'avant que vous ne soyez infecté par le VIH/sida, vous n'aviez pas assez de connaissance sur cette maladie ?

Valérie : effectivement.

Etudiante : et par rapport à tes croyances, peut tu m'en parler ? Est-ce que selon toi cette maladie existait belle et bien ? Que pensais-tu de cette maladie ?

Valérie : je croyais que cette maladie existe grâce à mes amis parce que la façon dont elles m'expliquaient, ça m'a un peu poussé à connaître que donc ce genre de truc existe. Il est bien vrai qu'on nous explique ça à l'école. Comme ça, on nous montre ça dans les livres ; nous on disait ah qu'à ! Ça c'est du n'importe quoi. Mais moi je prenais déjà cela au sérieux. De même comme le sucre, mes amis ont souvent l'habitude de dire, ah ! Moi je mange le caramel, je n'aurais pas la Carie dentaire ; je n'aurais pas ceci. Et tu vas voir ; mais sans connaître que quand elles prennent ces choses-là, elles ne pouvaient pas me dire que comme tu vois là, je prends ça parce que la nuit peut être avant de me coucher, je me brosse, je prends tel médicament pour mettre sur ça pour que je ne puisse pas attraper cela. Et moi j'avais alors cru que vraiment ça n'existait pas. En même temps, il y'avait encore... un autre côté me disait

que comme tu vois là, ce que tu vois là existe bien. C'est maintenant par derrière que mon ami attire mon attention en me disant comme tu vois là, si tu n'aimerais pas attraper ce genre de truc, il ne faudrait pas peut être mangé. Tu peux manger, mais en soirée avant de te coucher, il faudrait te brosser, il faut tel médicament que tu dois mettre dans la brosse avant de te brosser pour que tu ne puisses pas attraper la carie dentaire. C'était aussi de même comme le virus.

Etudiante : ok ! Donc à un certain moment, tu hésitais ? Tu ne savais pas si réellement cette maladie existe ou pas ?

Valérie : oui.

Etudiante : d'accord. Toujours avant que tu ne sois informé de ton statut sérologique, comment est-ce que tu te représentais ? Quel rapport tu entretenais avec toi-même ? Est-ce que tu prenais soin de toi ? Essaye de m'en parler.

Valérie : avant que la maladie ne puisse s'installer en moi, donc, j'étais du genre après un mois, maman avait souvent l'habitude de nous amener à l'hôpital pour voir si quelque chose ne s'était pas installé en nous peut être pendant la période des un mois-là. Donc elle faisait aussi les remèdes traditionnels. Elle nous donnait. Donc moi dans ma tête je ne pouvais imaginer que ce genre de virus pouvait entrer en moi. C'est un peu ça. Donc je me contactais avec tout le monde, je riais avec tout le monde ; c'est depuis le jour qu'on m'a dit que comme tu vois là, c'est comme ça, c'est comme ça que j'ai essayé un peu de me retirer. C'est grâce aux conseils qu'on essayait de nous dire chaque jour à l'hôpital que, si c'est que tu fais un du genre, comme ça...

Etudiante ; hum hum, au groupe de parole ?

Valérie : oui, ça risque d'attirer l'attention de tes amis et tu vas un peu voir que tu seras déjà un peu seul, tu vas commencer à réfléchir, ça va t'amener un peu loin. Parce qu'il y a d'autres maladies qu'on ne parvient même pas à soigner. D'autres font leur maximum possible pour qu'on puisse soigner, mais on ne soigne pas. Et moi, j'ai eu la chance que depuis que cette maladie est arrivée, on prend soin de nous donner les remèdes à l'hôpital.

Etudiante : au CTA ?

Valérie : oui.

Etudiante : ok !

Valérie : mais on nous a aussi dit de ne pas trop mélanger les remèdes traditionnels ; de ne pas boire... peut être si tu veux... s'il est déjà l'heure de boire ton médicament, tu prends peut-être soit le jus, soit les nourritures qu'ils ne vaudraient pas manger avant de boire, sinon ça va...

Etudiante : détruire le médicament. C'est ça ?

Valérie : oui. Le médicament n'aurait plus de puissance. Donc ça n'aurait plus... ça ne serait plus élevé comme tu peux boire normalement sans rien manger.

Etudiante : ok ! Ce que je veux également connaître, est ce que pendant cette période, tu prenais soin de toi ? Tu allais normalement à l'école sans problème où alors tu vivais une vie épanouie ? dit moi un peu comment ça se passait au quotidien.

Valérie : me concernant, c'était du genre, je partais à l'école, je mangeais avec mes frères et sœurs, on faisait tout ensemble ; soit le marché comme ce que je suis en train de faire là. On vient le weekend, on fait le marché, on faisait tout. Donc comme si rien n'était. Et on n'a pas dû exposer en disant aux gens que comme tu vois là, elle a tel maladie, il ne faut plus qu'on s'approche à côté d'elle. Non personne n'a su en dehors de ceux de la maison. Et on a dit que c'est codé secret. Et je continuais à mener la vie d'avant. Si je vois peut-être qu'il n'est plus l'heure, je retourne à la maison.

Etudiante : si je comprends bien, cela veut dire qu'avant que tu ne sois informé que tu as le virus en toi, tu prenais soin de toi, tu allais à l'école, tu jouais avec tes frères et sœurs et même avec tes amis, tu avais de bonnes relations avec ton entourage.

Valérie : oui.

Etudiante : ok ! Maintenant le jour où tu as été mis au courant, comment est-ce que tu as réagi ?

Valérie : j'ai essayé un peu de pleurer ; mais après j'ai vu que les pleurs n'allaient pas résoudre à quelque chose. Mais j'ai seulement persévéré en buvant les remèdes parce qu'à cette époque je n'avais pas encore le téléphone. C'était ma grande sœur qui me tenait informé que clémence comme tu vois là, il est déjà l'heure de prendre ton médicament. Quand elle n'était pas là, on avait la télé à la maison. Dès que je voyais déjà que ... en fait j'avais souvent l'habitude de visionner certaines informations là. Soit les films, soit les dessins animés, soit le journal. Dès que je vois qu'il est 20h30, je mets le journal, je m'en vais vite dans la chambre.

Ce sont mes grandes sœurs et mes grands frères qui connaissaient déjà que comme elle part là, c'est pour aller prendre son médicament. Dès que je le prends, je reviens. Si j'ai peut-être à faire comme devoir, ou bien peut être mangé, ou bien peut être passé un peu de temps avec mes sœurs et mes frères, parce que quand ils rentrent peut-être de leur boulot ou peut être de l'école, ils sont épuisés. Leur première de chose est d'abord de se reposer, manger, se laver. Après maintenant vers une certaine heure-là, on tape les divers et après dès qu'il est l'heure d'aller apprendre, je les laisse. Je partais dans ma chambre, je faisais ce que je pouvais faire ; le lendemain je me réveillais. Comme rien n'étais, je continuais ce qu'il fallait faire.

Etudiante : donc la seule chose que tu as faite c'était pleuré un peu ? Tu n'étais pas triste ?

Valérie : la tristesse est venue, les pleurs ; donc je voulais un peu me retirer, ne plus trop saluer les gens, ne plus trop me rapprocher d'eux. Donc me retirer un peu, voire comment faire pour encore être comme avant.

Etudiante : tu avais peur, il n'y avait pas un sentiment de honte, de culpabilité qui est né bien après ?

Valérie : tout ça était là-dedans, la honte. Je pensais comment on devait dire que n'est-ce pas tu nous avais dit que tu ne pouvais pas avoir ce genre de maladie. Donc j'ai essayé de faire un mètre de distance, me retirer, réfléchir comment faire maintenant pour être comme avant. Il avait souvent un certain moment que j'avais cette habitude-là. Donc je restais un peu seul, je pleurais que pourquoi ce genre de truc m'arrive alors que je faisais plusieurs choses à la fois avant.

Etudiante : donc tu pratiquais du sport avant ?

Valérie : oui je faisais le sport avant ; je courais souvent avec mes amis. Ils venaient me prendre et on allait courir. Avec cette maladie, je n'avais plus la force de courir comme avant. Donc faire le sport encore à l'école devenait difficile. C'était que quand il fallait faire le sport, je trouvais toujours une excuse ; je disais que j'avais l'asthme. Je préférais composer par écrit.

Etudiante : donc tu trouvais un prétexte ?

Valérie : oui de peur que si je fais ça, pour attirer l'attention de mes amis, ils allaient dire que donc celle-ci était malade ; donc celle-ci c'était du genre je composais par écrit. De peur que tu pars faire et que tu tombes. J'avais peur d'aller courir et que je tombe. On laissait un professeur me surveiller et je faisais ma part par écrit. A l'école même prendre encore les

choses de mes amis était difficile. Donc j'étais toujours seule, j'avais peur que si je le fais vraiment ça peut aussi se passer. Beta je me retire. Mais je faisais juste semblant de rire avec eux, dialogué. Quand il s'agissait déjà de faire des devoirs, je le faisais tout avec eux, on étudiait ensemble, on se regroupait parfois chez moi pour travailler. Je faisais comme si rien n'était. Je faisais déjà l'effort d'enlever cette peur.

Etudiante : donc tu avais peur de contaminer tes proches ?

Valérie : j'avais peur. Je me posais des questions.

Etudiante : tu as accepté en quelque sorte ton statut et d'aller de l'avant. Dis-moi comment tu en es arrivé là. Quel mécanisme tu as mis en place pour y arriver à te remettre ?

Valérie : au début, on disait, il ne faut pas faire si, il ne faut pas faire ça de peur de contaminer les autres. Il ne faudrait pas par exemple porter les récipients pour ne pas trop t'épuiser. Tu dois te reposer. Je me suis dit le passé c'est le passé, l'essentiel c'est seulement que je prenne mon médicament. Du genre comme si rien n'était pour ne pas attirer l'attention des gens. *Pourquoi elle est comme ça, pourquoi elle est comme ceci*. Je faisais alors mon maximum possible de me rapprocher comme auparavant de ma mère, de ma famille, de mes amis jusqu'à ce que tout le monde comprenne.

Etudiante : ok ! Tu as amené ta famille à comprendre en quelque sorte que certes tu es infecté mais on peut vivre ensemble sans risque de contaminer l'autre. C'est ça ?

Valérie : oui. Il fallait qu'ils comprennent et que dans mon coin je respecte juste l'hygiène pour ne pas les contaminer.

Etudiante : donc tout a changé si je me suis bien fait comprendre ?

Valérie : oui. La manière de faire avec mes amis ou bien mes frères n'est plus... on faisait maintenant presque tous ensemble. Comme si rien n'était, comme si je n'avais aucune maladie. On me disait déjà, regarde tu as déjà pris le poids. Or quand tu étais venu ici tu étais à 27 kg mais tu es déjà à 50 kg ; ça me plait. J'aimerais que tu puisses encore refaire ce que tu faisais avant. L'année passée je suis allée à l'école faire sport.

Etudiante : à un certain moment, tu as amené les gens à comprendre que ce n'est pas une fatalité d'être infectés par le VIH/sida. C'est cela ?

Valérie : oui. Je les ai amenés à ne plus croire qu'être infecté par le VIH/sida c'est la fin du monde. J'ai décidé reprendre ma vie en main.

Etudiante : tu essayais de donner du sens à ta vie en quelque sorte ?

Valérie : oui c'est un peu cela.

Etudiante : Valérie, peut-elle me dire quels mécanismes a-t-elle mis en marche pour surmonter cela ?

Valérie : du genre avec la famille, c'était du genre, J'ai pris la décision en disant que si c'est peut-être parce qu'on a dit que je ne puisse plus manger dans la même assiette qu'eux, à partir d'aujourd'hui je le ferai. On a fait l'assise parce qu'on a souvent l'habitude de faire la réunion familiale.

Etudiante : donc tu avais décidé que tu feras désormais tout avec ta famille, mettre de côté tous ces préjugés, toutes ces restrictions ?

Valérie : oui. J'avais décidé que maintenant je vais puiser l'eau normalement, je vais commencer à le faire, manger dans la même assiette, collaborer avec mes frères et sœurs. Qu'on va commencer. Se porter même les habits, on va commencer à le faire ; maintenant pour aller au marché ce n'est plus ma grande sœur qui va aller, c'est maintenant moi qui vais la remplacer. Donc j'ai pris la décision. Même à l'école, je suis allée et j'ai dit à mes amis vous voyez là, ce n'était juste qu'un petit problème ; c'est déjà passé. On me donnait les remèdes traditionnels et c'est fini. Maintenant, je suis comme auparavant. J'ai dit ah ! le genre de cas qui m'était arrivé là, c'était juste du passé. Changeons de page. Faites comme si rien n'était. On a recommencé à faire comme si rien n'était. Faire les fêtes ensemble. C'est un peu ça.

Etudiante : tu as décidé de changer tes mentalités et même ton comportement. Toutes ces choses qu'on te disait, tous ces messages négatifs en ton égard ?

Valérie : oui. Toutes ces moqueries et tout ça. J'ai changé ; j'ai décidé de transformer le négatif en positif. J'ai dit fini les moqueries, je jette la honte au chien ; je continue à refaire comme avant tout en prenant juste mon médicament, en respectant mes rendez-vous. En disant à maman que s'est fini tout ça. Il faudrait que je puisse sensibiliser et faire comme auparavant.

Etudiante : ok !

Valérie : j'ai commencé à respecter, à prendre le médicament. C'était du genre, quand on faisait les prélèvements, quand les résultats sortent, on appelait maman, on lui disait comme vous voyez là, pour Valérie a été bon. Ça m'encourageait déjà aussi à pouvoir bien prendre mon médicament ; à dire que si c'est comme ça, de peur que je rechute encore, il faudrait que je puisse respecter l'heure, ne pas faire les choses de peur que peut être en prenant les lames souillées, je ne sais pas si la personne s'est blessée, de peur que ça peut encore m'arriver. J'ai commencé à prendre mon médicament normalement, manger ensemble, enlever cette amertume qui me poussait à faire les choses qui n'étaient pas bonne. C'était un peu ça.

Etudiante : ok ! C'est bien ça. Tu es vraiment brave. Est-ce que à un certain moment, un sentiment d'indépendance et d'autonomie est né en toi ? Tu as cette impression de t'être revaloriser en quelque sorte ? Peux-tu m'en parler ?

Valérie : oui ça peut être vraiment le cas. Du genre, un jour j'étais comme ça, je me suis dit, il faut que je puisse... donc reprendre le sourire, donc toujours être en harmonie avec ceux qui m'entourent ainsi que ma famille. Parce que quand j'étais tombé gravement malade, la plupart nous a abandonné ; j'étais abandonné à ma mère. Mon père a fui. Donc ma mère était juste avec moi ; ma grande sœur partait encore à l'école ; nous tous on partait sauf mon grand frère qui apprenait la mécanique. Maintenant, c'était alors du genre, j'ai dit que ah ! Seigneur pourquoi est-ce que vous pouvez aussi faire le genre de truc si à vos enfants. Donc je me suis assise, j'ai dit que si je continue à rester sur ce genre de domaine, je ne vais pas pouvoir avancer et faire les choses que je disais que je devais faire les années avenir parce que dans ma vie, je disais que je devais être journaliste. Que si je continuais à rester comme ça, peut être dire à maman « *que maman moi je ne peux pas aller à l'école parce que je suis épuisée, mon corps fait mal comme si par ci par là* ». J'ai dit que si je dis que je veux faire comme ça, je ne vais jamais progresser et mes amis vont faire du genre, elles vont faire et me laisser et c'est moi qui va rester en arrière. Il faudrait que je puisse changer ce caractère. J'ai maintenant pris décision, j'ai dit que si c'est l'école, il faudrait que je puisse continuer malgré mes petits efforts que je faisais. Pendant le weekend, on avait souvent l'habitude d'aller au marché. Je vendais les sacs ; j'ai presque tout vendu ; le sel j'ai vendu, les prunes plantains j'ai vendu ; le charbon ; toutes ces choses-là.

Etudiante : je constate qu'un certain moment tu as pris les choses en mains et tu es devenu autonome. C'est ça ?

Valérie : oui oui. Parce que maman était déjà abandonné. Quand j'ai encore vu qu'elle était abandonnée... donc, elle se battait dans ses petites cotisations pour prendre les argents pour qu'elle puisse nous mettre à l'école, me faire soigner comme elle avait fait l'année qui c'était produit là. J'ai vu que si je baisse les bras, ma grande sœur ne va plus pouvoir aller à l'école ainsi que moi-même. J'ai dit qu'il faut que je laisse cette amertume ; je laisse, reste derrière, moi je ne suis plus avec toi ; il faut que moi je continue. J'ai commencé à faire les choses par ci par là, prendre les choses comme je disais ; commencer à faire pour que je puisse aller à l'école. Maintenant, quand ma mère est tombée gravement malade, j'ai dit que si c'est vraiment le cas, si c'est vraiment que Dieu a voulu que cela soit ainsi en faisant que maman puisse faire l'accident. Cela a poussé ma grande sœur à faire la formation en couture. Moi j'ai dit que s'il n'y a pas l'argent, beta moi je m'en vais au marché pour l'aider à continuer ses petites cotisations. L'école n'a pas l'âge et tout ça. J'ai dit que même si je disais qu'en tel classe j'aurai tel âge pour arriver à l'université, que je ne serai pas trop vieille. J'ai dit qu'il n'y a pas de problème. Il y a même d'autres qui ont les 25 ans, ils sont toujours à l'université. Combien de fois moi. Il faudrait que je puisse sacrifier mon année pour que je puisse aider maman à pouvoir faire ses petites cotisations ; pour avoir le pain quotidien à la maison ; prendre soin de mes cousins et mes cousines.

Etudiante : donc tu as le sentiment d'être devenu indépendante et d'être devenu toi-même ?

Valérie : j'ai décidé être la mère de la maison. Aidez maman. De prendre soin de mes cousins et mes cousines.

Etudiante : Okay ! Un sentiment d'être à nouveau en relation avec les autres est né. C'est ça ?

Valérie : oui. J'ai essayé de faire... de collaborer avec eux. Donc de faire comme si rien n'était. Continuer à faire comme auparavant, sourire, jouer avec mes amis, faire du sport, aller courir comme on avait l'habitude.

Etudiante : hum hum.

Valérie : même au marché, j'avais les amis là-bas avec qui on avait l'habitude de vendre en groupe. J'ai fait comme si rien n'était. J'ai dit que comme maman a chuté là, il faudrait que je puisse entrer. Si je laisse là, on ne va pas pouvoir manger, peut-être l'année prochaine, les choses qu'ils devraient acheter, je n'aurai pas ces choses-là. Il faudrait que je puisse faire parce qu'il y a d'autres filles qui ont souvent l'habitude de dire que moi je ne peux pas faire

ça. Eh ! Moi je suis d'abord une belle fille. J'ai la bonne peau ; j'ai ceci cela, non moi je ne vais pas aller peut-être blesser mes ongles, je ne veux pas que comme si, comme ça par si. J'ai dit que non ; cela n'est rien pour moi. Il faudrait que je puisse m'abonner et vendre le charbon de maman. De temps en temps j'avais souvent l'habitude d'aller lui rendre visite ; d'envoyer le pain parce qu'elle était chez ma grand-mère ; je lui envoyais la nourriture, j'allais la visiter. Parce que mon grand frère était parti avec moi une seule fois au village. Il s'est posé les questions de savoir que comment se fait-il que la deuxième fois je suis partie moi seule et arrivée ; comment se fait-il que si c'était une autre personne, il devait se perdre. Et ma tante m'a même aussi encouragé en me disant que vraiment si c'était ta grande sœur, elle ne devait pas continuer à persévérer. Elle devait dire que moi je ne peux plus faire ça, je suis déjà fatiguée. Venir vendre, laver les habits de mes cousines, faire ceci, parce qu'ils sont les plus petits ; faire cela, préparer, tout ça. Elle m'a plutôt dit que toi, tu es vraiment courageuse et brave. Parce que si c'était même ton grand frère, il devait manger avec l'argent. Par contre quand ma mère est revenue en ville, elle s'est rendue compte que son petit bénéfice je lui ai remis. Je n'ai pas fait la malhonnête en lui disant que non, moi je n'ai pas l'argent parce que je cotisais, je prenais le taxi, je payais les emballages, je faisais ceci. J'ai pris son argent je lui ai donné et je gérais bien ses cotisations et elle m'a apprécié.

Etudiante : ok ! Tu es vraiment vaillante et très courageuse. Ça veut dire que tu as mis en place un certain nombre de mécanismes. C'est-à-dire aider maman ; tu as décidé être déterminante, changer toutes les mentalités que les gens avaient vis-à-vis de toi. Tu as décidé leur montrer que, certes j'ai cette maladie mais ce n'est pas la fin du monde. Tu as été autodéterminant dans ta vie. C'est ça non ?

Valérie : hum hum. De bouleverser toutes ces choses. J'ai décidé de prendre le train en marche ; c'est moi qui vais assurer la survie de ma famille jusqu'à ce que maman ne se rétablisse en allant au marché, en aidant maman à faire ses cotisations.

Etudiante : tu es vraiment courageuse et brave. Je ne peux que te remercier d'être venu ; d'avoir honoré à ce rendez-vous et d'avoir contribué à la concrétisation de cette recherche. Surtout beaucoup de courage Valérie.

ANNEXE 7 : CONTENU DES ENTRETIENS AVEC LE CAS MYRIAM

PREMIER ENTRETIEN

Cet entretien s'est déroulé au CTA dans l'un des bureaux de l'hôpital Jamot de Yaoundé, le samedi 13 mars 2021 à 11h 05 min. sa durée fut de 40 min 03 sec.

Etudiante : bonjour.

Myriam : bonjour.

Etudiante : je m'appelle berline. Je suis étudiante en psychologie à l'université de Yaoundé I. je mène une étude sur le réaménagement identitaire chez les adolescents. J'aimerais que nous parlions de ce réaménagement identitaire et des processus qui sous-tendent cela c'est-à-dire qui sont à l'origine. J'aimerais que tu me permettes d'enregistrer et de prendre des notes pendant nos entretiens. Je te garantis la confidentialité de ces entretiens. Une fois de plus, je te remercie d'avoir accepté de participer à cette étude en signant le consentement éclairé.

Myriam : d'accord.

Etudiante : puis je avoir certaines informations te concernant ? (Âge, ethnie, fratrie, rang dans la fratrie et ton religion niveau scolaire).

Myriam : oui ! Moi c'est Myriam, j'ai 15 ans, je suis une fille Bassa. Nous sommes deux enfants à ma mère et je suis l'ainée. Je suis protestante. Présentement je suis en classe de 4^{ème} chinois. **Etudiante** : d'accord. Peux-tu me parler de ta vie avant que tu ne sois informé de ton statut ? C'est-à-dire avant que tu n'apprennes que tu es infecté par le VIH/sida ?

Myriam : avant que je n'apprenne cela, tout allait bien. J'ai découvert que j'étais infecté l'année passée.

Etudiante : donc en 2019 ?

Myriam : oui. Un jour maman avait décidé de nous amener à l'hôpital mon frère et moi pour nous faire un bilan de santé. Nous sommes bien arrivées à l'hôpital ; on nous a fait les examens. Après quelques temps, on avait appelé maman pour venir récupérer les résultats. C'est comme ça quand elle est revenue, elle est revenue en pleurant. Quand je lui ai demandé qu'est ce qui s'est passé, elle n'a pas voulu me dire. J'ai vu qu'elle était seulement triste. C'est comme ça que j'insiste et je demande les résultats. Quand je vois les résultats, je vois

que c'est plutôt moi qui est infecté ; mon petit frère n'est pas infecté. C'est lorsqu'elle se met à pleurer, c'est là où je lui dis que ce n'est pas grave

Etudiante : ok ! Est-ce que Myriam peut me parler de son vécu avant 2019 ? C'est-à-dire avant que tu ne sois au courant que tu es porteuse de ce virus ? Parle-moi un peu des connaissances que tu avais du VIH/sida.

Myriam : bon tout ce que je connaissais, c'était ce qu'on nous disait à l'école ; que la maladie-là ne tue plus. Qu'il y a beaucoup de gens qui peuvent vivre avec ça. Et qu'il y a d'autres maladies qui tuent mais le VIH/sida ne tue pas.

Etudiante : et tes croyances, par rapport à cette maladie était comment ? tu croyais en l'existence de cette maladie bien n'avant que tu ne sois infecté ?

Myriam : oui parce que j'ai eu une de mes grand-mère qui a eu ça mais elle est décédée.

Etudiante : donc tu croyais en l'existence de ça ?

Myriam : oui.

Etudiante : et par rapport donc au VIH/sida, est ce que tu peux me parler du rapport à soi à cette période où tu n'étais pas encore infecté ? De ton identité, comment est-ce que tu te représentais avant que tu ne découvres cette maladie. Est-ce que tout allait bien ? Essaie de m'en parler.

Myriam : ah ! Moi j'aimais blaguer, sortir avec mes amis, je prenais soin de moi. Je partais chez mon père resté là-bas ; je faisais un peu de tout.

Etudiante : parle-moi de tes relations avec les autres ?

Myriam : j'avais des amis ; je jouais avec eux.

Etudiante : okay ! Le jour où tu as découvert que tu étais infecté par le VIH/sida, comment est-ce que tu as réagi ? Comment est-ce que ça s'est passé ?

Myriam : bon pour moi, j'étais juste triste et j'étais dépassé. Comment j'ai fait pour avoir ça. C'est là où maman me dit que c'est elle qui est infecté peut-être j'ai reçu ça d'elle. Qu'elle-même ne sait pas comment elle a fait pour avoir ça. C'est là où j'ai dit ah ! Si c'est de la volonté de Dieu je vais vivre avec ça.

Etudiante : tu ne culpabilisais pas ? Tu n'avais pas un sentiment de honte qui t'animait à un certain moment ? Essaie de me dire.

Myriam : non. Eh ! Moi j'étais dégagé ; je blaguais toujours avec mes sœurs. Bon on m'avait dit de ne pas dire parce qu'on ne connaît pas qui est qui.

Etudiante : hum hum.

Myriam : bon moi je blaguais toujours avec elle et on m'a demandé de ne pas changer mon comportement. Que je dois être la même personne. Donc je suis restée moi-même.

Etudiante : tu es resté la même c'est ça ?

Myriam : oui.

Etudiante : okay ! Tu as dit qu'il n'y a pas de soucis. Donc par rapport à ton ressenti tu n'avais pas peur ? Tu n'étais pas angoissé ou encore tu n'arrivais pas à un certain moment par exemple de te retirer, de te mettre à penser ?

Myriam : non pas du tout. Je pouvais être seul quand peut-être on me faisait quelque chose, je me dis peut-être parce que je suis malade ou parce que les gens ne veulent pas être à côté de moi ou bien quand on me gronde, c'est là où je disais que peut-être c'est par rapport à ça. C'est où on m'a dit que ce n'est pas ça. Que si j'ai fait une bêtise, on doit aussi me corriger.

Etudiante : hum hum. Donc lors de l'annonce, tu n'avais pas peur ?

Myriam : oui.

Etudiante : ce que tu as juste ressenti à ce moment c'était la tristesse ?

Myriam : hum hum.

Etudiante : pourquoi toi et pourquoi pas les autres. Mais bien après, tu as compris que c'est une maladie comme les autres. C'est bien ça ?

Myriam : oui tout à fait.

Etudiante : okay ! Et ton rapport à soi à ce moment ? Est-ce que c'était comme avant ? C'est-à-dire à l'instant où tu as appris cela, est ce que tu prenais encore soin de toi comme tu avais l'habitude de le faire ?

Myriam : oui oui je le faisais. Parce que bon, on me mettait aussi l'œil ; que peut être de peur que je vais dire que je ne prends pas le médicament. Au lieu de boire le remède, je jette seulement. Peut-être que je dis seulement oui pour dire oui. Donc je prenais soin de moi.

Etudiante : okay ! Donc au moment où tu es informé, tu n'as pas été anéanti à un certain moment ? Ou encore tu n'as pas sombré ?

Myriam : si j'ai sombré à un certain moment. Pour que je me dégage, ma mère me faisait partir dans des endroits pour me dégager. Elle me faisait faire les balades.

Etudiante : donc il fallait que maman te fasse un peu t'évader. C'est ça ?

Myriam : oui.

Etudiante : ok ! Toi-même personnellement, qu'est-ce que tu mettais en place pour pouvoir surmonter cela ?

Myriam : je priais chaque jour si on peut trouver un remède par rapport à ce virus. Ma mère m'a demandé de garder la foi.

Etudiante : tu as décidé de garder la foi et de persévérer c'est bien ça ?

Myriam : oui.

Etudiante : okay ! Et pendant cette période, tes relations avec ton entourage, ça allait toujours ?

Myriam : oui.

Etudiante : il n'y avait pas eu de changement bien que tu ne sois informé ?

Myriam : oui. On m'a demandé de ne pas attirer l'attention des gens.

Etudiante : okay ! Et de façon personnelle, en dehors de ce que maman te disait, en dehors de ce que la famille te disait, qu'est-ce que tu as pris comme engagement ?

Myriam : l'engagement que j'ai pris, ce n'est pas mettre en tête que je suis infectée, que moi je suis en bonne santé et je sais qu'un jour un jour, on va trouver le médicament.

Etudiante : donc tu essayais d'être positive par rapport à ça ? Tu essayais de parler, de raconter tout ce que tu ressentais quand tu n'allais pas bien, tu racontais, C'est bien ça ?

Myriam : oui.

Etudiante : okay !

Myriam : je me rapprochais toujours de maman pour en parler.

Etudiante : okay ! Au moment de la découverte de ton infection au VIH/sida, comment tu évaluais ton niveau de connaissances ? bien qu'avant tu avais en avais un peu ?

Myriam : il y'avait certaines informations que je ne connaissais pas. C'est après lors des sensibilisations qu'on m'a expliquées. On m'a donné pleins d'informations. C'est là où j'ai su. Donc on m'a expliqué que si peut être j'ai le virus, si je saigne et que je laisse le sang sur ce que j'ai utilisé, trois minutes après, le virus ne peut plus rien faire parce que ça ne supporte pas l'air.

Etudiante : donc tu as été édifié davantage par rapport aux connaissances que tu avais d'abord avant ?

Myriam : oui.

Etudiante : et par rapport à tes croyances, tu croyais réellement à l'existence de cette maladie bien qu'on avait déjà eu à te dire que cette maladie existe belle et bien. C'est ça ?

Myriam : hum hum.

Etudiante : okay ! Tes pensées par rapport à ça était lesquelles ?

Myriam : je peux dire qu'avant, je me disais que si j'ai ça je préfère mourir. Mais après ça, quand on a commencé à me conseiller, j'ai seulement dit ainsi va la vie ; mieux je supporte.

Etudiante : donc tu as accepté ta situation, tu t'es dit la vie est faite ainsi mieux vaut on avance. C'est bien cela ?

Myriam : oui.

Etudiante : okay ! Tu t'es dit malgré ça, la vie ne s'arrête pas. Mieux vaut être forte.

Myriam : hum hum.

Etudiante : ok ! Après que tu sois informé, est ce que ton ressenti était toujours le même ? bien qu'au moment de la découverte tu étais triste. Peux-tu m'en parler sur ton ressenti après cette découverte ?

Myriam : la tristesse est partie avec le temps. Parce que moi je sais que ce n'est pas de la faute de ma mère. C'est arrivé comme ça et je fais quand même beaucoup d'effort pour ne pas être malheureuse ; qu'elle aussi ne pense plus à ça.

Etudiante : ok ! Nous allons arrêter ici pour ce jour. Merci une fois de plus pour ta disponibilité. Nous nous verrons la semaine prochaine.

DEUXIEME ENTRETIEN AVEC MYRIAM

Cet entretien s'est déroulé au CTA dans l'un des bureaux de l'hôpital Jamot de Yaoundé, le samedi 20 mars 2021 à 12h 02min. sa durée fut de 40 min 03 sec.

Etudiante : bonjour Myriam.

Myriam : bonjour.

Etudiante : merci d'avoir honoré une fois de plus à ce rendez-vous. Comment vas-tu ?

Myriam : ça va bien.

Etudiante : okay ! Nous allons continuer notre entretien de la dernière fois. La dernière fois, vous m'aviez fait savoir qu'après que tu aies été informé de ton statut, ton ressenti était toujours le même qu'avant bien qu'au moment de la découverte tu avais manifesté de la tristesse. C'est bien ça ?

Myriam : oui je peux dire que mon ressenti était presque le même qu'avant en dehors de la tristesse que j'ai eu à éprouvé le jour où j'ai appris.

Etudiante : donc si j'ai bien saisi tu fais juste l'effort de garder la positive attitude en quelque sorte, c'est-à-dire de rester positive, de ne pas manifester de sentiments négatifs vis-à-vis de ça de peur d'affecter maman davantage.

Myriam : oui.

Etudiante : okay ! Tu as dit que tu es quelqu'un qui prend toujours soin d'elle et qui a gardé de bonnes relations avec tes amis. C'est ça ?

Myriam : oui.

Etudiante : tes amis sont au courant que tu es porteur du VIH/sida ?

Myriam : non.

Etudiante : ça ne te dérange pas souvent quand vous êtes ensemble ?

Myriam : ça me dérange parce que j'ai déjà eu à évoquer le sujet-là ; mais la façon qu'ils réagissent ne me pousse pas à dire. Peut-être si je leur dis ça, ils vont me mettre à l'écart, commencé à croire que non, même en leur touchant, je peux les infecter.

Etudiante : hum hum. Donc c'est ça qui te dérange pour le moment. De savoir qu'à un certain moment si tes amis sont au courant, ça pourra nuire à votre relation. C'est ça ?

Myriam : oui.

Etudiante : parle-moi un peu de tes relations avec les autres.

Myriam : je n'ai pas de problème avec mon entourage. Je m'entends avec tout le monde.

Etudiante : okay ! Et par rapport à ton quotidien, qu'est ce qui te pousse ou te motive à garder cette positive attitude ? Essaye de m'en parler.

Myriam : ce qui me pousse à faire tout ça, c'est d'abord le fait de voir la situation de ma mère et je me dis que si je ne suis pas là, mon petit frère ne pourra pas s'en sortir. Et je me dis que comme nous sommes seulement à deux, il faut qu'on se soutien ; il faut qu'on avance.

Etudiante : qu'en sont-ils de tes projets actuellement ? Est-ce que tu envisages être la Myriam que tu t'es toujours vu dans l'avenir ?

Myriam : moi mon rêve est d'être BIR et pour moi, j'ai un peu les doutes parce que quand je regarde ma santé, je me dis peut-être en voulant être ça et qu'on voit mon état de santé, on va refuser. Me mère et mon père m'ont dit que non. Ça ne peut pas ; si c'est vraiment mon rêve, je dois faire tout pour réussir.

Etudiante : okay ! Donc c'est ton rêve ainsi que la situation dans laquelle tu vis avec ton frère qui te pousse à regarder vers l'avant, à ne pas baisser les bras et à avancer malgré tout. C'est bien ça ?

Myriam : oui.

Etudiante : et quels sont les mécanismes que tu mets alors en place ? Peux-tu m'en parler ?

Myriam : généralement je me lève à 5heures, je fais le ménage de ma mère. Quand je finis, j'apprête mon petit frère pour qu'il part à l'école, moi-même je m'apprête pour aller à école. En revenant, c'est moi qui dois faire la cuisine parce que je n'accepte pas que ma mère face la cuisine pour moi. Je fais la cuisine et après on se réveille, on étudie. Bon le vendredi soir, je peux décider de partir faire sport avec mes voisins ou avec mes sœurs. Bon chaque fois, comme j'aime les fruits et que l'on m'a aussi conseillé à l'hôpital de beaucoup manger les fruits, j'en achète parce qu'il y a parfois je mange. Donc c'est un peu comme ça que j'essaye de fonctionner au quotidien.

Etudiante : donc tu as déjà un planning de fonctionnement au quotidien ?

Myriam : oui. Si j'ai fait cela comme j'ai dit c'est pour rendre maman heureuse, qu'elle soit fière de moi. C'est ma mère qui est ma source d'inspiration, ma motivation.

Etudiante : ok ! T'arrives-tu souvent de te confier à quelque quand tu éprouves le besoin de parler ?

Myriam : pour l'instant quand je veux parler ou dire quelque chose me concernant par rapport à cette situation, je préfère le dire à ma mère. Comme je disais, j'ai essayé d'évoquer le sujet à mainte fois avec mes amis ; mais ils réagissent souvent un genre. Donc pour le moment, on peut bavarder, échanger sur le VIH/sida mais ils ne doivent pas être au courant que je suis infecté par le VIH/sida.

Etudiante : d'accord. Par rapport au sentiment d'indépendance, te sens-tu suffisamment autonome en ce moment ? Essaie de m'en parler.

Myriam : okay ! Déjà bien avant que je sois informé, j'ai appris à prendre soin de moi très tôt. C'est avec la découverte de cette infection, que j'ai redoublé plus d'effort parce que je ne voulais pas que maman culpabilise de quelque chose, que je fasse souffrir maman. Donc j'étais devenu la mère de la maison. Je prenais soin et de moi, et de mon petit frère ainsi que de maman. J'ai décidé me mettre à la place de tout le monde. Et du côté de ma mère, je mets à sa place. Il m'arrive de dire à mon petit frère que si maman n'est pas là, c'est moi qui sera là. Donc je suis la mère de la maison quand elle n'est pas là. Je dois me battre pour mon petit frère. S'il n'y a rien à manger par exemple, on va faire des jobs ; on va par exemple au restaurant pour qu'on puisse avoir de l'argent.

Etudiante : okay ! C'est super Myriam. Tu es très brave et courageuse. Par rapport à ce sentiment d'être semblable des autres et en même temps différent d'eux ; il t'arrive de te sentir un peu différent des autres ? Peux-tu m'en parler ?

Myriam : bon c'est au début que cela me dérangeait. J'avais l'habitude de croire que je suis différente de mes amis parce que bien qu'on jouait ensemble, il y'avait certaines choses que moi je faisais et que je suis même encore obligé de faire comme par exemple boire mon médicament tous les jours. Si je ne le fais, mon état de santé risque s'aggraver. Ce que mes amis ne faisaient pas. Je me sentais un peu comme une prisonnière de certaines choses par rapport à ce virus que je portais. Bon, après j'ai dit, même avec ou sans ce virus nous sommes différents. J'ai décidé être libre. Chaque personne est unique à son genre. Certes j'ai le virus, je suis unique à moi. Ma mère me dit souvent, ma fille tu es une fille formidable. Malgré que tu as ce virus tu es comme tout le reste de tes amis mais tu es unique par ta façon de faire et de te comporter.

Etudiante : ok ! Donc tu as le sentiment d'être semblable et différent des autres. C'est bien ça ?

Myriam : oui. Je me suis déjà mis en tête que je n'ai rien. Que je suis comme les autres. Même si on me dit que je suis infecté ; moi je dis que je ne suis pas infecté. Ce qui est sur ça va aller. Néanmoins je fais tout comme les autres. Ce qui veut dire que nous sommes tous pareils.

Etudiante : donc tu vis le quotidien comme les autres adolescents ? Tu joues avec eux ? Tu fais tout comme eux ? C'est ça ?

Myriam : oui.

Etudiante : ok ! Dis-moi un peu comment est-ce que tu te considères ? Autrement dit te valorise tu assez ou alors te valorise tu ? Raconte-moi.

Myriam : je ne dois pas baisser les bras. Pour cela je suis confiante dans ce que je fais. Je dois toujours être forte, affronté la vie. Donc je dois avoir confiance en moi.

Etudiante : ok ! Dis-moi ce qui t'encourage en quelque sorte ?

Myriam : ce sont mes rêves, le bonheur de ma mère ainsi que de mon petit frère. Je veux atteindre mes objectifs et ce fichu virus ne va pas m'empêcher de le faire.

Etudiante : ok ! Tu es vraiment déterminante. C'est bien ça. Si on essayait un peu d'en parler sur tes relations présentement. As-tu le sentiment d'être en relation avec les autres ?

Myriam : je m'entends très bien avec mes amis et ma famille. On s'entend très bien.

Etudiante : donc tu as le sentiment d'être en relation avec autrui bien qu'il t'arrive par moment de te sentir un peu différent d'eux. C'est bien ça ?

Myriam : oui.

Etudiante : parle-moi un peu de cette force intérieure qui t'anime et te pousse à surpasser cette situation.

Myriam : ma force c'est le soutien de ma famille plus précisément de ma mère et de mon frère.

Etudiante : tu es si je peux le dire, le pilier de ta famille. C'est dire que si tu sombres, la famille aussi va sombrer. C'est ça ?

Myriam : oui. Je n'imagine même pas cela. Pour cela je dois être forte. Parfois aussi il m'arrive de penser aussi à mon avenir. Peut-être un jour je serai chez moi avec mes enfants, peut être avec mon mari. Donc c'est un peu ça.

Etudiante : le fait également de fonder ta propre famille dans le futur te pousse aussi à ne pas baisser les bras ?

Myriam : non ça ne me pousse pas. Pour le moment, c'est ma famille et mes rêves c'est-à-dire ce que je serai demain qui me pousse à aller de l'avant et c'est ça qui fait ma force. Pour ça, je dois vraiment réussir à réaliser cela.

Etudiante : ok ! Je te remercie vraiment d'avoir honoré à ce rendez et de contribuer à la concrétisation de cette recherche. Beaucoup de courage. Tu es très brave et très forte.

ANNEXE 8 : CONTENU DES ENTRETIENS AVEC LE CAS MAEVA

PREMIER ENTRETIEN

Cet entretien s'est déroulé au CTA dans l'un des bureaux de l'hôpital Jamot de Yaoundé, le samedi 13 mars 2021 à 12h 00 min. sa durée fut de 43 min 50 sec.

Etudiante : bonjour.

Maeva : bonjour.

Etudiante : je m'appelle berline. Je suis étudiante en psychologie à l'université de Yaoundé I. je mène une étude sur le réaménagement identitaire chez les adolescents. J'aimerais que nous parlions de ce réaménagement identitaire et des processus qui sous-tendent cela c'est-à-dire qui sont à l'origine. J'aimerais que tu me permettes d'enregistrer et de prendre des notes pendant nos entretiens. Je te garantis la confidentialité de ces entretiens. Une fois de plus, je te remercie d'avoir accepté de participer à cette étude en signant le consentement éclairé.

Maeva : d'accord.

Etudiante : puis je avoir certaines informations sur ton identification ? (Âge, ethnie, fratrie, rang dans la fratrie et ton religion niveau scolaire).

Maeva : pas de problème ! Je m'appelle Maeva, j'ai 19 ans, je suis Baganté. Nous sommes cinq enfants et je suis la dernière. Je suis catholique. Présentement je suis en terminale.

Etudiante : peux-tu me dire quand est-ce que tu as appris que tu étais infecté par le virus VIH/sida ?

Maeva : Pour commencer tout d'abord, apparemment il se peut que je sois né avec et l'on m'a informé. On m'a annoncé en quelque sorte. Je n'ai pas découvert. C'était en 2016 plus précisément.

Etudiante : okay ! Avant que tu n'apprennes cela, tu allais à l'hôpital c'est ça ? Ou alors on partait toujours prendre les médicaments on venait te donner ?

Maeva : non. Je n'étais pas sous traitement. C'est en 2016 qu'en fait je fais une infection pulmonaire et lorsque l'on m'amène à l'hôpital, en fait on a fait les examens et tout ça. Et c'est là donc qu'on fait l'examen du virus du VIH. Ça sort d'abord négatif ; puis l'on m'a

prescrit un médicament je ne me rappelle plus trop du nom. Je devais boire cela pendant une certaine période ensuite revenir faire les examens.

Etudiante : hum hum.

Maeva : oui. Quand je suis revenue, j'ai fait l'examen et c'est sorti positif.

Etudiante : si je comprends bien, tu avais développé une infection pulmonaire en 2016. Et c'est cela qui attire donc l'attention de tes parents qui décident donc t'amener à l'hôpital.

Maeva : oui.

Etudiante : c'est donc après cela qu'on découvre que tu es infecté. Et c'est de là qu'on te dit que tu es né avec cela.

Maeva : oui.

Etudiante : okay ! En dehors de toi, tes frères et sœurs sont également infecté ?

Maeva : non.

Etudiante : d'accord. Bien avant donc que tu ne sois informé, Peux-tu m'en dire sur les connaissances que tu avais du VIH/sida ?

Maeva : bon, je n'avais vraiment pas de connaissances en tant que tel. Je ne disposais que de certaines connaissances ; genre les trucs basiques qu'on apprend à l'école et tout ça. C'est-à-dire les moyens de transmissions ; et il y avait aussi certaines publicités qui passaient à la télé genre faut pas stigmatiser les personnes qui sont atteintes du VIH/sida. C'est les histoires comme ça. C'est tout.

Etudiante : okay ! Et tes croyances par rapport à l'infection du VIH/sida. Essaie également de m'en parler.

Maeva : bon ce que je peux dire, c'est que je croyais que ce virus existe bel et bien. Je me disais tantôt que je n'avais pas d'idées ; bref, je ne me faisais pas trop d'idée par rapport à cela. J'adhérais parce que les publicités et tout ça ; et tout ce qu'on disait à l'école et tout. Bon d'abord moi de nature, je ne sais pas stigmatiser les gens. Même les gens qui sont peut-être drépanocytaire et tout ça ; quand je les voyais, moi je compatissais, je ne stigmatisais pas ; donc j'avais pas tendances genre dire « *ich* » ou bien « *machin* » et tout ça.

Etudiante : okay ! Donc tu croyais en l'existence de cette maladie ?

Maeva : oui. J'éprouve de la compassion pour les gens qui souffrent. Du coup je me mets à leur place.

Etudiante : d'accord. Parle-moi un peu de ton rapport à soi avant l'annonce de cette infection.

Maeva : avant que je n'apprenne cela, j'étais du genre à prendre toujours soin de moi. Il n'y avait pas de problème. J'allais normalement à l'école. Je faisais tout sans problème.

Etudiante : et tes relations en ce moment étaient comment ?

Maeva : bon ! Moi je m'entendais ...bref je m'entends toujours avec les gens. Donc je n'avais pas de problème

Etudiante : d'accord. Au moment où tu apprends en 2016 que tu es porteuse du virus à VIH/sida, comment est-ce que tu as réagi à l'instant ?

Maeva : tout naturellement j'ai pleuré puisque je voyais comment les autres faisaient quand on abordait ce sujet ; comment ils se comportaient, ce qu'ils disaient et tout et tout et tout. Donc du coup, quand le docteur m'a fait part de cela, naturellement j'ai pleuré. J'ai commencé à penser à ce que les gens pourront dire ; comment ils me verront et tout ça. Mais bon ! Le docteur a su me consoler en me disant que ce n'est pas la fin du monde. Il m'a expliqué un tas de choses. Puis j'ai demandé au docteur comment j'ai été infecté. Il m'a donc dit que c'est de maman en fait. Que c'est de la mère à l'enfant et tout ça et tout ça.

Etudiante : hum hum.

Maeva : puis j'ai posé la question de savoir si c'est de maman que je tiens cela ; pourquoi mes frères et sœurs ne sont pas infectés ? Il m'a dit que le virus prend le temps à se développer puis se manifester. Que ça dépend de tout organisme. Peut-être pour mes frères, le virus était encore endormi ; ça ne s'était pas encore manifesté. Et puis moi, ça s'est manifesté. Bon ! J'ai dit que je ne suis pas sûr ; mais bref j'accorde le bénéfice du doute. Quand le docteur m'a certifié même que c'est maman, moi je n'ai pas voulu trop croire. Moi je me suis dit que bon comme étant petite d'abord, moi j'aimais les jeux, je me suis dit que peut-être c'est quand je jouais avec des camarades, avec des amis peut être au contact du sang et tout ça. Mais bref pas plus tard que les grandes vacances passées donc en 2020 que j'ai découvert que c'est vraiment de maman que je tiens cela.

Etudiante : ok ! Donc maman également est infectée ? C'est ça ?

Maeva : oui mais elle ne sait pas que je suis au courant.

Etudiante : mais tu envisages le lui dire un jour ; c'est ça ?

Maeva : pas du tout. Je ne vais pas le faire puis qu'elle n'a pas eu le courage de me dire d'abord. Puisque quand moi j'étais malade, elle ne l'a pas fait.

Etudiante : si je comprends bien tu en veux à maman en quelque sorte ?

Maeva : au début je l'en voulais. Mais après, j'ai dit c'est la vie. Si c'est arrivé, c'est arrivé ; Dieu sait pourquoi c'est arrivé. Je ne vais pas me morfondre. Donc j'ai jugé alors que sûrement, elle-même elle culpabilise ; elle a mal. Je me mets un peu à sa place. Mais ce n'est pas pour autant que je vais aller causer de cela avec elle. J'attends qu'elle le fasse.

Etudiante : donc qu'elle fasse le premier pas ; c'est ça ?

Maeva : oui. Si elle ne le fait pas, tant mieux. On reste ainsi.

Etudiante : okay ! Donc ce jour tu as seulement pleuré.

Maeva : oui.

Etudiante : et ton ressenti à ce moment. Qu'est-ce que tu ressentais ce jour-là ?

Maeva : bon ! On peut dire que la première idée qui m'est venue en tête en ce moment c'était « les autres vont dire quoi de moi ? »

Etudiante : tu avais un peu honte ?

Maeva : oui en quelque sorte. Ils vont dire quoi de moi ? Comment j'ai fait pour avoir ça ? Qu'est-ce qu'on ne va pas dire ? Comme nous sommes en Afrique, on va tout dire. Je m'attardais sur ce que les autres pouvaient dire. Pas vraiment de ce que moi je ressentais. Bon ! En ce moment, c'était juste ce que l'autre devrait penser que j'avais peur.

Etudiante : ok ! Donc c'est le fait de savoir que les gens pourront dire des choses concernant cette infection qui t'affectait le plus ?

Maeva : oui.

Etudiante : le fait de savoir que tu avais le VIH/sida. C'était beaucoup plus les « *on dit* » des autres qui te mettaient hors de toi ?

Maeva : effectivement parce que moi j'accepte tout le monde. Bien avant même d'être infecté, quand quelqu'un était malade et tout, peu importe la maladie, je ne jugeais pas la personne, je ne stigmatisais pas. En fait je ne stigmatise pas la personne même jusqu'à présent. Donc c'est un peu l'image des autres, que les autres pensaient qui me faisait peur.

Etudiante : ok ! Au moment où tu as été mis au courant, comment était devenu le rapport à soi ? C'était encore comme avant ?

Maeva : j'ai vraiment sombré ; je ne prenais plus soin de moi. J'ai changé quand j'ai su cela. Je suis devenu un peu agressive avec tout le monde. Surtout les docteurs ; en fait j'en voulais beaucoup aux docteurs. Je ne sais pas pourquoi. Je les en voulais beaucoup. Donc du coup c'était difficile pour que je m'entende avec eux. Donc je les évitais ; parfois je ne voulais pas faire ce qu'ils me disaient de faire et tout ça.

Etudiante : et pourquoi tu les évitais ?

Maeva : bon ! Je ne sais pas. Je mettais la faute sur eux.

Etudiante : tu pensais que c'est de leur faute ? C'est ça ?

Maeva : je ne sais pas trop pourquoi et je ne sais pas de quoi exactement je les reprochais. Mais je disais que c'était de leur faute. Et d'un coup, je passais tout mon temps à réfléchir, savoir comment c'est arrivé, pourquoi moi ? Bref je me posais un tas de question en fait. Et à un moment donné, je me suis mise à dire que, bon on ne m'aime pas ; me mettre les idées négatives dans la tête. Puis quand je suis sortie de l'hôpital, même à une certaine période donnée, quand j'ai repris les cours proprement dit et tout, les sujets toujours du VIH/sida me mettaient tellement mal à l'aise parce que la façon dont les gens parlaient ce n'était pas vraiment commode.

Etudiante : hum hum.

Maeva : donc ils parlaient des personnes qui avaient le VIH/sida comme si c'était des diables ; je ne sais pas trop. Du coup ça me faisait tellement mal. Ça me faisait me sentir mal. Et en plus de cela, j'avais quelques problèmes à la maison avec mes tantes et tout. Bon ! Ça m'affectait aussi parce que parfois on balançait ça sur moi et tout.

Etudiante : donc en ce moment, même au niveau de tes relations, ça n'allait pas ?

Maeva : non mes problèmes relationnels avec la famille ce n'était pas à cause de l'infection en fait. C'était autre chose.

Etudiante : est-ce que cette infection n'a pas impacté en quelque sorte sur tes relations ?

Maeva : en quelque sorte si. Cela a eu un impact parce qu'en cette période, je restais chez ma grand-mère. Donc du coup, mes tantes passaient le temps à dire certaines choses qui ne me mettaient pas très très à l'aise. Il fut un temps où j'avais même décidé de ne plus prendre le médicament. Ou bien parfois je prenais le médicament juste pour prendre. On dit que lorsque tu prends le médicament en ayant un esprit abattu, affaiblit et tant que la mentalité n'est pas assise, le médicament n'a pas bien effet.

Etudiante : hum hum. C'est parce que tu stresses tout ça ; donc tu ne dois pas stresser. C'est ça ?

Maeva : oui. C'est un peu ça.

Etudiante : donc en ce moment-là, tu n'entretenais vraiment pas un bon rapport avec toi-même ?

Maeva : oui.

Etudiante : ce que je comprends, est qu'en ce moment-là, tu étais triste, parfois agressive et tu évitais les sujets en rapport avec le VIH/sida même à l'école. Et également au niveau de la famille ; tes relations ont changé ? C'est ça ?

Maeva : effectivement

Etudiante : ok ! Même avec tes amis tout allais toujours bien comme avant ? Tu avais des amis en ce moment ?

Maeva : non non. Je venais de Douala ; donc du coup je n'avais pas vraiment d'amis ici.

On peut dire que j'avais des camarades avec qui on se disait juste bjr, bsr et tout ça. Mais pas vraiment d'amis en tant que tel. Mais sinon mes amis d'enfance que j'ai trouvés ici ; on s'entendait toujours, nos relations étaient toujours bonnes ; on n'avait pas de soucis.

Etudiante : si je comprends bien, le fait de savoir que vous êtes infecté n'a pas du tout changé ce rapport que tu entretenais avec tes amis ?

Maeva : oui. Il n'y avait pas de soucis avec mes amis.

Etudiante : okay ! Et bien après donc, ton niveau de connaissances par rapport au VIH/sida se situait à quel niveau ? Parle-moi du niveau de connaissances sur l'infection du VIH/sida après l'annonce.

Maeva : bon ! On peut dire que l'infection m'a fait grandir au niveau de la maturité en fait. Au niveau de la tête en quelque sorte. Bon étant curieuse aussi, je passais le temps à chercher, chercher. Bon après avoir su pour l'infection, je me suis mise à chercher. Je ne savais pas exactement ce que je cherchais mais je cherchais. Je voulais tout savoir ; je posais les questions et ça. Donc je peux dire que je n'avais plus les mêmes connaissances qu'avant concernant l'infection. J'étais plus assise.

Etudiante : okay ! Et par rapport à tes croyances ? Parle-moi de tes croyances après cette annonce.

Maeva : par rapport à mes croyances, je peux dire que la façon de penser n'a pas changé parce que bien avant je me mettais à la place des autres, de ceux qui étaient infecté bien avant de savoir que j'étais infecté. Donc du coup, je me considérais aussi comme eux. Ça n'a pas eu d'influence. J'accepte mon statut et j'espère juste que ceux qui m'entoure puisse m'accepter avec cela comme moi j'ai eu à le faire dans le passé et que je continue même à le faire parce que présentement j'aide les autres adolescents infectés à vivre une vie épanouie.

Etudiante : okay ! Et ton ressenti après cette annonce. Parle-moi de cela.

Maeva : mon ressenti a changé parce que beaucoup de gens quand ils me voient, ils disent que je suis tout le temps souriante et tout. Bon ! Bref, en fait c'est que je garde le sourire et le moral haut devant les gens pour les encourager aussi, pour les aider. Mais bon ! On ne peut pas dire que j'ai retrouvé ma gaité à 100%. Pas vraiment. Devant les autres, je suis tout le temps souriante et tout. J'aide les autres. En fait, je cherche à tout faire pour qu'ils ne soient pas comme moi. Bon je me dis souffrir parce que c'est vraiment troublant.

Etudiante : jusqu'à présent tu n'as pas réussi à dépasser cela ?

Maeva : pas vraiment puisque à certain moment j'y retourne, je songe encore.

Etudiante : okay ! Ça va aller. Nous allons arrêter ici pour ce jour. Merci une fois de plus pour ta disponibilité. Nous nous verrons la semaine prochaine.

DEUXIEME ENTRETIEN AVEC MAEVA

Cet entretien s'est déroulé au CTA dans l'un des bureaux de l'hôpital Jamot de Yaoundé, le samedi 20 mars 2021 à 12h 50 min. sa durée fut de 47 min 17 sec.

Etudiante : bonjour Maeva.

Maeva : bonjour.

Etudiante : merci d'avoir honoré une fois de plus à ce rendez-vous. Comment vas-tu ?

Maeva : ça va bien.

Etudiante : okay ! Nous allons continuer notre entretien de la dernière fois. Nous nous sommes arrêté la dernière fois sur votre ressenti après l'annonce de l'infection à VIH/sida et vous m'aviez fait savoir qu'après cela ton ressenti avait changé.

Maeva : exactement.

Etudiante : peux-tu m'en parler de ton rapport à soi après que tu sois informé de ton statut sérologique ?

Maeva : en fait, on ne peut pas dire que j'ai accepté ou bien... en fait je le fais pour les autres.

Etudiante : hum hum. Donc tu ne le fais pas d'abord pour toi-même ?

Maeva : pas vraiment. Parce que quand je regarde mes parents, bon en fait les personnes qui tiennent à moi ; je ne veux pas leur faire du mal. Mais si c'est que, si s'avérait que j'étais seul, seul genre je n'avais personne qui avait de l'importance pour moi, pour qui j'ai aussi de l'importance, peut-être j'allais délirer comme les autres. J'essaie de garder le contrôle et tout ça en fait pour les autres.

Etudiante : donc si je comprends bien, tu ne veux pas faire souffrir les autres ?

Maeva : oui. C'est parce que je ne veux pas faire souffrir les autres ; je ne veux pas faire souffrir maman. Bon je veux aider ; aider les autres qui sont presque comme moi.

Etudiante : donc tu veux les aider alors que toi-même tu n'acceptes même pas ? si je pense bien, avant d'aider l'autre qui est comme toi, un adolescent infecté, il faudrait d'abord accepter. Ce n'est pas ça ?

Maeva : bon je vais prendre un exemple banal. C'est le cas par exemple du prêtre qui dit souvent aux fidèles « *fait ce que je dis ; mais ne faites pas ce que je fais* ».

Etudiante : oui. Donc en quelque sorte, il leur demande de respecter les saintes écritures. C'est ça ?

Maeva : justement. Et pour que tu acceptes facilement ce qu'il est entrain de dire, il faudrait qu'il t'accompagne. Pour dire que je joue plutôt le rôle d'accompagnatrice parce que vraiment je ne sais.

Etudiante : ne penses-tu pas que, rien que le fait de dire à quelqu'un « fait ça » n'est pas une sorte d'acceptation et d'implication ?

Maeva : je sais. En quelque sorte c'est cela.

Etudiante : voilà ! Donc en quelque le fait de vouloir le bien de quelqu'un qui souffre comme toi est en quelque sorte une forme d'acceptation. Vu que tu te comportes déjà en bonne exemple pour que cette personne puisse se comporter en bon exemple. Je pense que ça ne servira à rien de dire à l'autre fait comme ça alors que tu es en train de sombrer.

Maeva : justement je ne sombre pas parce qu'il y a ma famille, mes amis, il y a les connaissances.

Etudiante : si je vois tu as le soutien qui te vient de part et d'autres ?

Maeva : non. Pas que j'ai le soutien. Je ne sombre pas parce que je ne veux pas leur faire du mal. Donc du coup je m'arrange à être à ce qu'ils me voient toujours bien portante et tout et tout. Parce que si c'est que je souffre, ils souffriront ; si c'est que je meurs, il y a tellement de personnes qui je ne sais pas peut être ma mère va mourir ; peut-être mes frères et sœurs je ne sais pas. Du coup pour les éviter cette douleur, je m'arrange à être droite et tout et pour aider les autres qui sont comme moi. Je fais l'effort aussi de m'arranger et pour qu'ils voient que bon, elle est ... si c'est qu'elle est comme ça, si c'est qu'elle nous dit de faire telles choses telles choses et qu'elle est comme ça, tant mieux ; ça veut dire qu'on doit aussi faire comme elle et tout. Par exemple à Jamot, beaucoup de jeunes m'écoutent, beaucoup et énormément. La plupart d'entre eux, c'est moi qui les aide parfois.

Etudiante : d'accord. Ne penses-tu pas que ton implication dans les activités liées au VIH/sida est un mécanisme mis en place pour pouvoir surpasser cette situation ?

Maeva : en quelque sorte. On peut dire que je ne vis pas vraiment pour moi, je vis pour les autres.

Etudiante : ne penses-tu pas que le fait de vivre pour les autres est en quelque sorte un sacrifice que tu fais ?

Maeva : sisi. C'est un sacrifice. S'ils sont heureux je le suis aussi. Je me soucie de prime à bord des autres. C'est mon objectif premier. Rendre l'autre heureux et surtout ceux qui sont infectés comme moi. Parce que c'est pas facile d'accepter et de ce dire qu'on mourra avec ce virus.

Etudiante : si je comprends bien, le bien être des autres passe avant le tien ?

Maeva : oui. En quelque sorte. Et là présentement, si c'est que je veux leur bien-être, il faut que moi-même je sois debout. C'est ça qui fait en sorte donc que je suis contrainte de suivre mon traitement. Si c'est que je veux aider les autres. Si c'est que je veux pouvoir aboutir à leur évolution et tout ça.

Etudiante : d'accord. Donc tu es contrainte de le faire. C'est ça ?

Maeva : oui c'est parce que j'aime aider les gens et je vois que si c'est que je pars maintenant, il y aura d'autres jeunes qui vont me suivre aussi bêtement comme ça. Il y a tellement de jeunes qui ont besoin d'aide et ils ne sont pas à l'aise avec les adultes et tout. Et il préfère causer avec des jeunes comme eux ou bien des personnes plus relaxes comme eux ; même avec les grandes personnes, je cause souvent avec les grandes personnes de Jamot. Ils sont plus à l'aise avec moi.

Etudiante : okay ! Si je peux me résumer, c'est que Maeva a décidé de se mettre à la place des personnes qui sont malades plus précisément de celles qui sont porteuse du VIH/sida comme elle pour les aider à ne pas sombrer ; elle s'implique également dans les activités liées au VIH/sida toujours afin d'aider les autres. C'est cela ?

Maeva : oui.

Etudiante : donc ton objectif premier c'est aider tes pairs. C'est ça ?

Maeva : effectivement. C'est la souffrance de l'autre qui m'importe.

Etudiante : peux-t-on dire que en t'impliquant au quotidien pour aider l'autre est une forme d'acceptation ?

Maeva : oui j'ai accepté d'une certaine manière.

Etudiante : d'accord. Donc au moment où tu apprends que tu es porteuse du VIH/sida, tu décides de prendre soin de toi pour amener l'autre qui est aussi infecté à faire comme toi. A te prendre pour modèle ; pour l'aider en quelque sorte.

Maeva : hum hum. Si l'autre ne va pas bien, je vais m'efforcer à ce qu'il aille mieux ; qu'il soit bien.

Etudiante : d'accord. Et tes relations avec les autres comment tu les vivais après que tu ne sois mis au courant ?

Maeva : je n'avais vraiment pas de problème avec les autres ; je m'entendais bien avec tout le monde. En dehors de tantes qui me pourrissaient la vie au début.

Etudiante : ok ! En dehors de l'aide que tu apportais aussi autres, toi de même tu n'avais pas un quelconque soutien ?

Maeva : si j'ai eu beaucoup de soutien surtout au début venant de l'hôpital. Le personnel du CTA m'a beaucoup soutenu. Ces responsables me disaient que la vie est faite ainsi mais que je ne dois pas me morfondre sur mon sort parce qu'il y a d'autres qui ont même... par exemple ils m'ont pris le cas des diabétiques qui souffrent. Qui ont des contraintes et tout. Par contre, une personne qui porte juste le virus du VIH/sida n'a pas de contrainte. Il peut faire ce qu'il veut ; manger ce qu'il veut et tout ; il n'y a pas de limite. Ils m'ont montré les avantages que les autres malades souffrant d'autres maladies graves n'ont pas.

Etudiante : donc ils t'ont aidé en quelque sorte ? Vous avez trouvé des stratégies ensemble pour t'en sortir. C'est bien ça ?

Maeva : si on a pu trouver des stratégies ensemble. Comme par exemple comment faire pour ne pas oublier de prendre mon médicament ; comment faire pour être souriante comme les autres ? C'est un peu ça. Donc on s'est fixé des objectifs que je devais atteindre. Et ils me suivaient constamment. Bref ce n'était pas facile mais j'ai tenu le coup parce que comme je disais, j'ai décidé de ne pas faire souffrir les personnes qui m'entourent.

Etudiante : ok ! Donc si j'ai bien saisi, tu uses de ce sentiment d'empathie, de cet amour à l'égard d'autrui pour aller mieux ?

Maeva : c'est le fait d'aider qui m'aide aussi à me sentir mieux.

Etudiante : d'accord. Ta source de motivation au quotidien c'est le bien-être de l'autre ; de pouvoir apporter une aide à ces personnes qui sont comme toi.

Maeva : oui c'est ma motivation en quelque sorte.

Etudiante : et tes relations actuellement. Comment tu les vis ?

Maeva : ça va mieux en famille même avec mes amis et mes proches. Je n'ai pas de problème avec qui que ce soit. Généralement les problèmes de familles je ne mets vraiment pas la tête à ça.

Etudiante : et ces problèmes-là n'ont pas d'impact dans tes projets d'avenir ?

Maeva : si ça un peu un impact mais je reste debout. J'ai mes objectifs à atteindre. Réussir à mon examen et devenir psychologue par la suite. C'est avant que ça me dérangeais. Vu qu'à une certaine période, j'ai fait deux ans sans aller à l'école. Il a fallu que je me décide et que je dise à papa que je vais composer. Tout ne baignait pas au parfum en famille mais avec l'aide du personnel de l'hôpital j'ai réussi à vaincre cela.

Etudiante : ok ! dit-moi comment tu as réussi à te forger une Maeva différente de l'ancienne qui a eu à sombrer un moment ?

Maeva : bon je suis différente aujourd'hui de l'ancienne Maeva parce que je me suis dit, pour atteindre mes objectifs, pour pouvoir faire tout ce que j'ai en tête, il faut juste que je sois optimiste.

Etudiante : donc tu as décidé transformer le négatif en positif. C'est bien cela ?

Maeva : oui

Etudiante : d'accord. Et ton suivi à l'hôpital, comment ça se passait. C'est maman qui allait prendre ton médicament ou alors te rappelais toujours le moment de la prise du médicament. Ça se passait comment.

Maeva : j'ai appris à faire tout seul. J'ai élaboré un emploi du temps que j'ai affiché dans la chambre pour toujours me rappeler du jour où je suis sensé prendre mon médicament. J'ai mis le réveil dans mon téléphone pour me rappeler de l'heure de la prise du médicament.

Etudiante : donc il y a un sentiment d'autonomie qui est né.

Maeva : oui bien que depuis le début même j'ai toujours été autonome.

Etudiante : ok. Et ton niveau d'estime de soi. Parle de cela.

Maeva : ok ! Je peux dire que je suis quelqu'un de confiant. J'ai toujours eu confiance en moi. En m'impliquant déjà comme je le fais, je me dis, je dois réussir à mettre du sourire, à donner du sourire au gens. Et je réussis toujours à le faire quelque soit ce qui peut être comme obstacles. Quand je veux faire quelque chose, je me mets à fond et je réussis.

Etudiante : d'accord. Tu es vraiment à féliciter. Et par rapport au sentiment d'être différent des autres. Que peux-tu me dire à propos.

Maeva : parfois j'ai le sentiment d'être différent des autres. Bon moi je me dis souvent que je suis différent des autres parce qu'à un certain moment il y a des choses que je ne dois pas faire en fait. Si je le fais ça va nuire à ma santé. Mais cela n'empêche que je partage pleines de chose avec mes proches.

Etudiante : donc tu as pris la décision de tout faire avec les autres. C'est ça ?

Maeva : oui. Tout. C'est avant que j'aimais rester dans mon coin. Je parlais avec moi-même. On peut dire que j'halluciniais même à un certain moment. J'étais dans mon monde à moi et tout. C'est au fur et à mesure que le temps passe que ça essaie d'aller.

Etudiante : ok ! Et ce sentiment d'être en relation. Peux-tu m'en parler ?

Maeva : bon je peux dire qu'il y a ce sentiment d'être en relation qui m'anime vu que je m'investis déjà au quotidien pour le bien-être de l'autre et je me sens vraiment écouté.

Etudiante : ok ! Je te remercie d'être venu. D'avoir dit présent à cet entretien et aussi pour ton implication dans cette recherche.

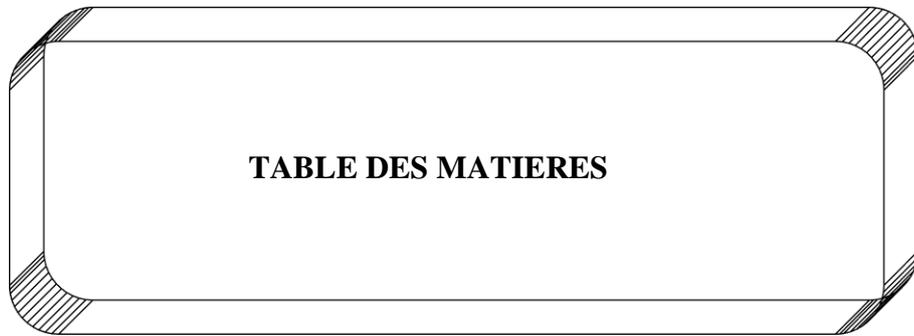


TABLE DES MATIERES

DÉDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
SOMMAIRE.....	iii
RESUME.....	iv
ABSTRACT.....	v
LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS ET ACHRONYMES.....	v
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ANNEXES.....	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE.....	4
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	5
1.2. POSITION ET FORMULATION DU PROBLEME.....	17
1.3. QUESTION DE RECHERCHE.....	26
1.4. HYPOTHESE DE RECHERCHE.....	26
1.5. OBJECTIF DE L'ÉTUDE.....	27
1.6. BUT DE L'ETUDE.....	27
1.7. INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE.....	27
1.7.1. L'intérêt scientifique.....	27
1.7.2. L'intérêt social.....	28
2.1. CONSIDERATIONS SUR L'ADOLESCENCE.....	30
2.1.1. Adolescence et puberté ou lorsque le corps se réveille.....	30
2.1.2. La période de l'adolescence : durée et stades.....	35
2.1.3. L'adolescence : un difficile travail de subjectivation.....	38
2.1.4. Le processus de subjectivation/l'appropriation subjective.....	39
2.1.5. Caractéristiques de l'adolescence selon les spécialistes.....	41
2.1.6. Spécificité de l'adolescent en contexte camerounais.....	44
2.1.7. Adolescence et identité.....	44

2.1.8. Adolescence et capacités créatrices.....	47
2.2. A PROPOS DU VIH/SIDA A L'ADOLESCENCE	48
2.2.1. VIH/SIDA : concepts et définitions	48
2.2.2. Signes et Symptômes du VIH.....	49
2.2.3. Evolution de l'infection vers le sida.....	50
2.2.4. Les modes de transmissions du VIH	51
2.2.5. Personnes à risques et facteurs de risque au VIH/Sida	53
2.2.6. Prévention et prises en charge des PVVIH.....	55
2.2.7. Infection au VIH/sida et sexualité chez l'adolescent.....	57
2.3. LA NOTION D'IDENTITE	58
2.3.1. Des considérations sur l'identité.....	58
2.3.2. Typologies de l'identité.....	60
2.3.3. Construction de l'identité.....	65
CHAPITRE 3 : INSERTION THEORIQUE DU PROBLEME.....	69
3.1. POSTULATS THEORIQUES DU REAMENAGEMENT IDENTITAIRE.....	70
3.1.1. Approches Constructivistes et théories du <i>Self</i>	70
3.2. THEORIES DE LA CREATIVITE.....	73
3.2.1. Théorie psychanalytique `de la créativité	74
3.2.2. Théories Humanistes de la créativité	82
3.2.3. La personnalité créatrice.....	86
3.2.4. Relation entre la personnalité créatrice et l'actualisation de soi	88
3.3. MODELE THEORIQUE DE L'AUTOREGULATION DANS LE PROCESSUS DU REAMENAGEMENT IDENTITAIRE	88
3.3.1. Définition du concept d'autorégulation	88
3.3.2. Modèle intégré d'autorégulation/hétéro-régulation de Nader-Grobois.....	89
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	94
4.1. BREF RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE	95

4.1.1. Rappel du problème.....	95
4.1.2. Rappel de la question de recherche.....	96
4.1.3. Rappel de l'hypothèse.....	97
4.1.4. Rappel de l'objectif de l'étude	97
4.2. SITE DE L'ETUDE.....	97
4.2.1. Justification du choix de l'hôpital Jamot de Yaoundé	98
4.2.2. Présentation du site de l'étude	98
4.2.3. Historique	98
4.2.4. Organisation de l'Hôpital Jamot de Yaoundé.....	100
4.3. PROCEDURE ET CRITERES DE SELECTION DES PARTICIPANTS	100
4.3.1. Critères de sélection des participants.....	101
4.3.2. Tableau caractéristique des participants.....	101
4.4. TYPE DE RECHERCHE	102
4.5. METHODE DE RECHERCHE : Méthode Clinique.....	103
4.5.1. L'étude de cas	104
4.6. TECHNIQUE ET OUTIL DE COLLECTE DES DONNEES : ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF ET GUIDE D'ENTRETIEN	106
4.6.1. Technique de collecte des données : Entretien semi-directif	106
4.6.2. Outil de collecte de données : Guide d'entretien.....	108
4.7. TECHNIQUE D'ANALYSE DES RESULTATS : ANALYSE DE CONTENU.....	109
4.7.1. L'analyse de contenu	109
4.7.2. L'analyse thématique du discours.....	110
4.8. DEROULEMENT DES ENTRETIENS PROPREMENT DIT	113
4.9. DIFFICULTES LIEES AU DEROULEMENT DES ENTRETIENS	116
4.10. CONSIDERATIONS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES.....	116
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	119
5.1. PRESENTATION DES PARTICIPANTS.....	120

5.1.1. Cas Adrien	120
5.1.2. Cas Myriam	120
5.1.3. Cas Valérie.....	121
5.1.4. Cas Maeva.....	121
5.2. ANALYSE DES RESULTATS.....	121
5.2.1. Traumatisme lié à l'annonce/ découverte de l'infection à VIH/sida	122
5.2.2. Désorganisation de la relation avec l'entourage social et familial.....	131
5.2.3. Facteurs déterminant les capacités créatrices	133
5.2.4. Rapport positif à soi.....	140
5.2.5. Réajustement des composantes de l'identité et modifications dans l'organisation quotidienne.....	144
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION.....	151
6.1. SYNTHESE DES RESULTATS	152
6.2. APPLICATION DE LA THEORIE DE L'AUTOREGULATION A LA COMPREHENSION DU REAMENAGEMENT IDENTITAIRE CHEZ LES ADOLESCENTS INFECTES PAR LE VIH/SIDA	153
6.3. DISCUSSION.....	158
6.3.1. Vécu traumatique des adolescents suite à l'annonce/découverte de l'infection à VIH/sida et processus de créativité enclenché pour y faire face.....	158
6.3.2. Capacités créatrices mises en place par l'adolescent face à l'infection à VIH/sida et son retentissement sur l'identité	163
6.4. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES DE L'ETUDE.....	166
6.4.1. Implications en tant que chercheur	166
6.4.2. Perspectives	167
CONCLUSION GENERALE	168
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	172
ANNEXES.....	183
TABLE DES MATIERES	234