

L'atteinte de l'homéostasie face à la chronicité du VIH chez les personnes vivant au Liban

الوصول الى التوازن النفسي في ظلّ الطّابع المزمن لفيروس نقص المناعة البشريّة لدى الأشخاص المتعاشين في لبنان

د.جانين زيادة ابو طقة (*) Dr. Jeanine Ziadé Abou Tacca

تاريخ الإرسال: 2025-12-24

تاريخ القبول: 2026-1-7

Résumé

turnitin: 13%

Le centre de la SIDC accompagne les populations les plus exposées à des comportements à risque. Cette étude évalue la résilience de dix personnes vivant avec le VIH face aux défis affectant leur homéostasie. En utilisant l'échelle du Dr. Imad Mohamad Mokhaymer, la recherche analyse l'impact d'une intervention basée sur la Thérapie Cognitivo- comportementale à travers trois dimensions: le défi, l'engagement et le contrôle. Les résultats comparent les scores avant et après l'intervention, révélant une amélioration significative de l'adaptation personnelle, sociale et familiale des participants.

Mots clés: Homéostasie, personnes vivant avec le virus d'immunodéficience humaine, comportements à risque, Thérapie Cognitivo- Comportementale, adaptation.

الملخص

تستقبل جمعية العناية الصحيّة الفئات الأكثر عرضة للسلوكيات الخطرة تهدف هذه الدراسة الى تقييم المرونة النفسية لدى عشرة أشخاص متعاشين مع فيروس نقص المناعة البشريّة، نظراً للتّديات التي تواجه توازنهم التّفسيّ باستخدام مقياس الدكتور عملد محمد مخيمر، حلّت أبعاد التّحدي والالتزام والسّيطرة قبل وبعد تدخّل علاجي يعتمد على العلاج المعرفي السلوكي. أظهرت النتائج تحسّناً ملحوظاً في قدرة المشاركين على التّكيف على المستويات الشّخصيّة والاجتماعيّة والأسريّة.

الكلمات المفتاحية: المرونة النفسيّة، الأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشريّة، سلوكيات ذات خطورة عالية، العلاج المعرفي السلوكي، التّكيف.

* PhD in Psychology and Lecturer at the Lebanese University - Beirut-Lebanon. E-mail: jeanine.aboutacca@hotmail.com

دكتورة في علم النفس وأستاذة محاضرة في الجامعة اللبنانية - بيروت - لبنان.

1.Introduction

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est un rétrovirus du genre des *Lentivirus*. Il est l'agent étiologique du Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA); le stade le plus avancé de l'infection en l'absence de traitement antirétroviral. L'annonce d'un diagnostic positif consistut un évènement potentiellement traumatisant. Dans cette même perspective, la fragilité physique induite par l'atteinte du système immunitaire est directement liée à des répercussions psychologiques considérables (2017, السعيد).

Le Liban est confronté, depuis cinq ans, à une crise structurelle économique et sécuritaire persistante. Ce climat d'incertitude chronique fragilise significativement la santé mentale des résidents. L'incapacité d'accéder aux ressources essentielles, a entravé l'accès à une qualité de vie saine pour l'ensemble de la population, en particulier pour les groupes vulnérables dépourvus de soutien en cas d'insécurité. Les Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) se sont retrouvées dans une position encore plus délicate en raison de l'absence d'un soutien socio-sanitaire systématique et adéquat.

Le choix de notre étude a visé à ce que les PVVIH maintiennent une homéostasie individuelle, en tenant

compte des spécificités de leur nationalité, culture et contexte socio-politique local. Les travaux de recherche sur la résilience des PVVIH restent limités, notamment dans le monde arabe, en raison de la sensibilité du thème (souvent lié au contexte sexuel) et de la complexité des expériences vécues. Pour y remédier, un protocole de soutien psychologique personnalisé, basé sur une revue théorique analytique et cognitive d'une part et d'une revue exécutive basée sur les techniques de la thérapie cognitive-comportementale d'une autre part, a été mis en œuvre tout au long de l'intervention.

Alors la question qui se pose est la suivante: *«Dans quelle mesure l'implémentation d'un protocole d'intervention psychosociale individualisée permet-elle d'améliorer la résilience des PVVIH dans le contexte libanais ?»*

1.Importance de la recherche

Cette étude a été caractérisée par la proposition d'une approche multidisciplinaire visant à offrir un accompagnement holistique, c'est-à-dire intégrant les dimensions psychologiques et sociales souvent négligées au profit des interventions médicales. Aujourd'hui encore, les PVVIH rencontrent de grandes dif-

difficultés à partager leur histoire, car le virus reste fortement associé à la sexualité ; sujet encore tabou dans notre société. Cette recherche s'est inscrite dans une démarche visant à pallier le manque de travaux portant sur la résilience des PVVIH dans ce contexte socio-culturel sensible.

Pour les participants, l'importance de cette étude s'est traduite par un accès concret à un soutien psychologique adapté, s'intéressant à l'atteinte d'équilibre selon trois sphères fondamentales: la vie sexuelle, la vie amoureuse et la vie académique ou professionnelle (Kernberg O., 1975). Sur le plan académique, cette recherche a contribué à l'enrichissement de la compréhension de l'impact du soutien psychologique chez les PVVIH. Plus spécifiquement, dans le champ de l'analyse clinique, cette étude a mis en lumière le caractère essentiel de l'intégration d'une prise en charge et de l'exploration de nouvelles pratiques adaptées aux besoins des PVVIH ainsi qu'aux professionnels appelés à les accompagner.

2. Les hypothèses proposées

Les tabous sociaux en lien avec la sexualité ainsi que l'association de la maladie à l'identité des individus, ont une influence directe sur la santé mentale de la personne. Le corps devient

le support de leur détresse psychologique. Les difficultés d'adaptation engendrées, entravent la capacité de l'individu à s'intégrer aisément dans son environnement.

L'hypothèse générale qui découle de l'implémentation d'un protocole de soutien psychosocial personnalisé, débutant après l'annonce d'un diagnostic VIH positif, induit une amélioration significative du bien-être des PVVIH au Liban. Cette hypothèse peut être déclinée en hypothèses opérationnelles mesurables:

a. Hypothèse opérationnelle 1:

L'intervention contribue à une amélioration des stratégies d'adaptation utilisées par les PVVIH.

b. Hypothèse opérationnelle 2:

L'intervention entraîne une réduction des marqueurs de détresse psychologique.

Pour assurer une meilleure compréhension des fondements de notre étude, il est essentiel de définir les termes clés que nous avons précisé pour les concepts suivants:

A. L'homéostasie

C'est un principe physiologique essentiel décrivant la capacité d'un système à maintenir un état d'équilibre interne stable, malgré les fluctuations de son environnement externe. La

santé est la vie dans le silence des organes (Bernard C., 1878) ; un état où cet équilibre est maintenu d'une manière harmonieuse en assurant le bien-être de l'individu. Dans le cadre de cette recherche, l'homéostasie a été définie comme la capacité d'atteindre un équilibre conditionné par l'engagement continu dans la prise médicamenteuse, l'équilibre physique et l'équilibre mental.

B. Personnes vivant avec le VIH au Liban

Ce terme désigne les individus infectés par le VIH ; la transmission pouvant se faire par des rapports sexuels non protégés, l'usage de drogues injectables, ou de la mère à l'enfant. L'objectif du traitement clinique est d'atteindre une charge virale indétectable, ce qui améliore la santé et conformément au principe U=U (Undetectable=Untransmissible), élimine le risque de transmission sexuelle. Au Liban, le programme de tuberculose et de lutte contre le SIDA garantit l'accès gratuit et confidentiel aux tests aux suivis médicaux et aux traitements en collaboration avec des organisations non gouvernementales. L'implication active des PVVIH a été essentielle dans notre recherche car leurs expériences ont constitué la source unique d'informations sur les défis rencontrés

et les stratégies d'amélioration de leur qualité de vie.

C. Comportements à risque

Les individus ayant subi des traumatismes peuvent s'engager dans ces ordales pour tester leurs limites, extérioriser une douleur ou tenter de reprendre le contrôle (Hirigoyen M.F., 1998). La stigmatisation, agissant comme un facteur de stress psychosocial qui entrave l'accès aux ressources essentielles, a été un concept fondamental dans notre recherche pour comprendre les obstacles à l'obtention d'une meilleure qualité de vie.

D. La thérapie comportementale et cognitive (TCC)

La TCC est une approche thérapeutique qui part d'un principe que les pensées, les émotions et les comportements sont interconnectés. Son but est de modifier les schémas de pensées négatifs et les comportements inadaptés pour favoriser des réponses plus fonctionnelles. Dans cette recherche, la TCC a été spécifiquement utilisée pour soutenir l'adaptation des PVVIH en leur fournissant des outils cognitifs et comportementaux pour faire face à la stigmatisation, aux changements corporels et aux ajustements sociaux,

encourageant ainsi une vision plus claire de leur avenir.

E.L'adaptation

L'adaptation est ici définie comme la capacité dynamique des PVVIH à ajuster leur pensées, émotions et comportements pour surmonter les défis inhérents à leur séropositivité et maintenir un niveau de bien-être satisfaisant. Ce concept a été fondamental dans notre étude, car il permet d'identifier les facteurs qui ont facilité ou entravé les mécanismes d'ajustement et de concevoir des interventions de soutien appropriées.

3. Les objectifs de la recherche

L'objectif principal de cette recherche a été de développer, d'implémenter et d'évaluer les stratégies d'adaptation performantes, centrées sur l'acceptation, afin d'atténuer les symptômes négatifs associés au diagnostic du VIH.

Pour atteindre cet objectif, il est crucial de se concentrer sur les étapes suivantes:

- a. Identifier les obstacles rencontrés en matière de traitement à vie, de suivi médical régulier et de gestion des émotions.
- b. Explorer les expériences individuelles et collectives des PVVIH
- c. Déterminer les facteurs de résilience

- d. Développer les compétences d'adaptation

Le concept d'homéostasie est défini opérationnellement comme la résilience: capacité d'un système – ici, l'individu – à maintenir ou de retrouver un équilibre face aux facteurs de stress. L'analogie de la température qui s'ajuste continuellement selon les changements internes et externes est un exemple significatif aidant à vulgariser ce concept. Pour fonder cette recherche, nous allons nous appuyer sur plusieurs corps de connaissance essentiels à la compréhension de la dynamique psychosociale du VIH.

4. La revue théorique

La présente étude a envisagé le maintien d'un équilibre dynamique chez les PVVIH comme un processus dépendant de mécanismes adaptatifs continus. L'adaptation, comprise comme un ensemble d'ajustements internes mobilisés face aux sollicitations externes, s'est inscrit dans une perspective biologique et psychologique où l'organisme cherche à préserver sa stabilité en milieu de stress (Selye S., 1956). L'équilibre psychique a trouvé également un ancrage conceptuel dans le sens de cohérence (SOC), qui regroupe trois composantes essentielles: la compréhensibilité, la gérabilité et la significativité. La gérabilité renvoie

particulièrement à un sentiment de contrôle sur les événements, construit à partir du processus d'attribution causale qui influencent la perception de sa propre efficacité. Ainsi, la cohérence interne et la capacité d'organiser une réponse adaptée face au stress, ont contribué à maintenir un état d'homéostasie.

Un contexte actif de réactions défensives est profondément ancré dans la gestion psychique de la menace, notamment lorsque l'individu est confronté à des inquiétudes existentielles susceptibles de polariser ses pensées, ses émotions et ses comportements. (Greenberg J., Solomon S., & Pyszczynski T., 1986). L'intégrité du Moi-peau, figurée par l'image d'une enveloppe psychique protectrice, peut alors être fragilisée, rendant le sujet vulnérable aux intrusions émotionnelles et aux perturbations identitaires (Anzieu D., 1985).

L'influence des environnements sociaux, culturels et communautaires apparaît déterminante, notamment lorsque ces environnements offrent un soutien cohérent et structurant. Certains contextes favorisent l'émergence de trajectoires de résilience en fournissant des ressources psychosociales permettant aux individus de mieux mobiliser leurs capacités d'adaptation (Ungar M., 2008). D'autres éléments,

tels que la cohésion sociale ou le capital social, constituent également des leviers essentiels sur lesquels les individus peuvent s'appuyer pour accéder à des réseaux de soutien, renforcer leur sentiment d'appartenance et stabiliser leur équilibre psychique (Putnam R., 2000). Le recours aux stratégies individuelles de résilience est nécessaire. Il s'agit des modes d'ajustement orientés vers la gestion des difficultés ou vers la régulation des émotions suscitées par la situation (Lazarus R., & Folkman S., 1984). Pour soutenir efficacement ces processus adaptatifs, nous allons nous appuyer sur les techniques retenues de la TCC. Cette approche qui a permis de restructurer les processus mentaux rigides et aborder une compréhension des pensées automatiques, des croyances erronées et des schémas cognitifs tout en influençant l'interprétation des événements. (Beck A., 1993). Les techniques utilisées mobilisent une analyse des liens entre événements, croyances et des conséquences émotionnelles ou comportementales qui en découle. Cette démarche a visé à restaurer une stabilité durable malgré la chronicité du VIH et l'exposition continue aux facteurs de stress internes et externes.

5. Les études antérieures

Les investigations antérieures portant sur la résilience des PVVIH

ont établi que l'adaptation positive n'est pas uniquement tributaire de la capacité individuelle, mais dépend également des facteurs socio-culturels, économiques et psychologiques qui modulent l'homéostasie des individus concernés. Une analyse des études mondiales, classées par ordre chronologique et soulignant la pénurie de données dans le contexte du monde arabe, a révélé les points suivants:

A. Contribution majeure de la littérature internationale:

- **Intégration de la Santé Mentale et Droits Humains (ONUSIDA, 2018):** Une approche centrée sur la personne, intégrant des dimensions psychosociales, a amélioré significativement l'observance thérapeutique (80%), le bien-être général (75%) et la qualité de vie des PVVIH.
- **Prise en charge holistique et modèle humaniste (PNLS, Togo, 2019):** Le guide national togolais pour la prise en charge globale des PVVIH a disposé d'une approche humaniste favorisant l'autonomisation et la participation active des patients dans leur gestion thérapeutique.
- **Processus d'ajustement en Ecologie Multiculturelle (Petit.2002):** Une recherche doctorale explorant les

mécanismes d'ajustement en Guyane a mis en évidence la complexité des défis et la nécessité d'identifier des ressources contextuelles spécifiques.

B. Justification de la recherche et contribution originale

Le présent travail de recherche a proposé une approche novatrice visant à combler les limites identifiées dans les études précédentes. Ces lacunes ont inclus notamment: le manque de considération pour l'hétérogénéité culturelle et la diversité sociale des populations, ainsi que la focalisation préférentielle sur les déterminants négatifs au détriment de l'exploration des expériences positives et des mécanismes d'adaptation développés par les individus.

6. La méthodologie de la recherche

Cette étude a apporté une contribution théorique et méthodologique sur le processus d'acceptation du statut VIH. L'intervention, basée sur un plan individualisé, a visé à renforcer la gestion émotionnelle des participants face aux obstacles sociaux et personnels. La démarche adopte une approche de recherche descriptive participative, mobilisant les techniques de la TCC et intégrant les perspectives des bénéficiaires et des intervenants du centre de la SIDC. Les résultats sont analysés tout d'abord quantitativement et puis

d'une manière qualitative, permettant de mesurer l'ampleur des changements tout en saisissant la nuance des expériences vécues.

6.1. Les participants en général

Le processus d'application participatif a nécessité une intégration opérationnelle et éthique au sein du centre de la SIDC. L'engagement institutionnel a été formalisé par l'obtention d'un agrément du conseil d'administration et de l'autorisation de la directrice du centre. L'implication s'est entendue à la collaboration avec les équipes de travailleurs de terrain et les assistants sociaux. Cette immersion a garanti l'alignement du protocole d'intervention avec la réalité du centre.

6.2. Les participants ciblés

L'échantillon ciblé pour l'étude a été composé de dix hommes vivant avec le VIH. Ces personnes vivent au Liban et bénéficient des services du Programme national de tuberculose et de la lutte contre le SIDA. Le recrutement a été effectué en étroite collaboration avec le chef de département de la santé sexuelle de la SIDC, après que les participants potentiels ont donné leur consentement éclairé.

Les participants ont répondu à des critères d'éligibilité qui ont été appliqués pour garantir la validité de l'étude.

Ces critères sont cités ci-dessous:

- Un statut de VIH positif
- Un sexe masculin
- Tranche d'âge entre 25 et 35 ans
- Résidence au Liban: population homogène en termes de contexte socio-culturel et d'accès aux soins et de système de prise en charge du VIH
- Absence de pathologie physique ou mentale
- Exclusion des traitements en cours pour éviter les interactions
- Un score de résilience inférieur au seuil défini lors de la première évaluation

6.3. Le plan

Le processus de sélection a identifié dix individus présentant des comportements à risque et des difficultés d'acceptation de la séropositivité, sur lesquels les effets du programme ont été mesurés. Un accord de confidentialité et une lettre d'acceptation ont été signés par chaque participant pour respecter l'anonymat et protéger les informations partagées. La confidentialité et la protection des données des participants ont été garanties tout au long de la recherche. Toutes les informations personnelles collectées ont été anonymes et stockées en Code.

Le projet d'intervention a été initié par une phase préparatoire d'analyse

des besoins et de planification, suivie de deux phases d'évaluation (initiale puis finales après l'implémentation des changements) pour mesurer l'impact global du programme. La problématique de la faible résilience chez les PVVIH a été confirmée par des témoignages révélant une détresse clinique importante. Les manifestations observées ont été les suivantes:

- Anxiété accrue liée au virus
- Episodes de dépression
- Difficulté dans les relations interpersonnelles
- Baisse de l'estime de soi
- Sentiments de désespoir et d'isolement social

- Stratégies d'évitement
- Comportements d'automutilation
- Troubles alimentaires
- Troubles du sommeil
- Problèmes de concentration et de mémoire
- Comportements à risque
- Sentiment d'impuissance
- Détour des soins médicaux
- Pensées suicidaires

Cette observation a ensuite été quantifiée à l'aide de l'échelle de résilience standardisée par une collègue à l'Université libanaise. (تجارة، 2022). Les résultats de la première passation de l'échelle sont présentés dans le tableau suivant:

Tableau 1: Les scores initiaux totaux avant l'intervention

Code du participant	Score initial			Score initial total	Niveau de résilience
	Toujours	Parfois	Jamais		
MJM2696M	39	5	31	75	Très faible
JHM2400M	36	16	27	79	Très faible
MKO3299M	30	26	24	80	Faible
HTM0296M	27	36	20	83	Faible
WJY0892M	24	32	23	79	Très faible
ASA2297M	9	70	9	88	Faible
AZA0191M	3	72	10	85	Faible
EMC1198M	18	30	26	74	Très faible
ASB1990M	24	50	14	88	Faible
AKH0292M	18	60	11	89	Faible

Les résultats ont montré que 37.4% des participants ont obtenu un score très faible et 62.6% ont obtenu un score faible. Suite à ces résultats et en s'appuyant sur la littérature antérieure,

un programme d'intervention ciblé a été mis en place. Ce programme a été adapté au contexte libanais et justifié par les similitudes observées entre les manifestations de la faible résilience

des PVVIH et les critères du trouble de la personnalité limite (TPL). Ces critères sont décrits dans les manuels diagnostics internationaux, spécifiquement le DSM- 5 et le ICD-11, ainsi que dans l'approche psychodynamique établie par le Dr.Otto Kernberg sous le nom d'Organisation de la personnalité limite (OPL). Par conséquent, compte tenu du nombre réduits de séances disponibles au centre et de l'efficacité avérée de la TCC comme thérapie brève pour la gestion des symptômes du TPL, les techniques de cette thérapie ont été sélectionnées comme méthode d'intervention principale tout au long du programme. Ce dernier s'est déroulé sur douze séances individuelles à l'intérieur du centre et en ligne. Les étapes se sont succédées comme suit:

- **Séance 1:** Evaluation Initiale
- **Séance 2:** Psychoéducation sur le VIH
- **Séance 3:** Identification et compréhension des émotions
- **Séance 4:** Gestion des émotions
- **Séance 5:** Restructuration cognitive
- **Séance 6:** Gestion du temps et de l'organisation
- **Séance 7:** Prise de décision
- **Séance 8:** Résolution des problèmes
- **Séance 9:** Amélioration de la communication et des relations interpersonnelles

- **Séance 10:** Renforcement de l'estime de soi
- **Séance 11:** Prévention de la rechute et maintien des acquis
- **Séance 12:** Evaluation des progrès et planification future

6.4. Les outils et les instruments utilisés

L'intégration d'une dimension quantitative dans cette recherche a apporté une crédibilité aux résultats (Shenton E., 2004). Cette approche a facilité le traitement d'échantillons et a permis la mesure précise de facteurs comportementaux complexes comme la résilience (Creswell J.W., 2009). L'utilisation des outils validés a enrichi la compréhension du concept, en complétant les données qualitatives par des mesures objectives (Denzin N.K., & Lincoln Y.S., 2005).

Les différentes étapes du plan ont été concrétisées par les instruments suivants:

1. Observation participante directe:

Cet outil qualitatif a permis la collecte de données contextuelles sur les expériences, les défis et les stratégies de coping des PVVIH fréquentant le centre de la SIDC. La participation active a facilité l'observation des dynamiques sociales et des perceptions liées au diagnostic du VIH

(العبدالله، 2015)

2. Entretien individuels semi-structurés: L'entretien a garanti des pratiques éthiques et a permis de recueillir des données précises tout en explorant des thématiques émergentes. Une boîte à outils intitulée «Assesing people's resilience», développée par l'IRF (International Resilience Framework) en collaboration avec ActionAid, a servi de référence pour structurer les entretiens semi-structurés. Cette boîte nous a aidé à évaluer la résilience selon les dimensions sociales, institutionnelles et économiques en adhésion avec les principes de la recherche basées sur les droits de l'homme.

3. Instrument de mesure de l'homéostasie: l'échelle de résilience a été utilisée pour mesurer objectivement les niveaux de résilience. Les items de cet instrument ont été codés par leur couleur afin de mesurer les dimensions suivantes:

- Rouge: L'engagement et la motivation
- Vert: Le contrôle et la faculté d'adaptation
- Bleu: Les défis et la perception d'influence sur l'environnement

4. Techniques de la TCC: Les techniques que nous avons adaptées,

en respectant les valeurs et les croyances religieuses, ethniques et spirituels, sont: la restructuration cognitive, l'exposition graduée, la gestion de stress, l'entraînement à l'affirmation de soi, la résolution de problèmes, la désensibilisation systématique, le journal des pensées, les récits alternatifs, l'activité comportementale, la visualisation positive, l'auto-instruction, les techniques de pleine conscience, la planification de la prévention des rechutes, la psychoéducation, les questions socratiques, la colonne de Beck et les devoirs.

Afin d'obtenir une vision plus complète du sujet, une approche mixte intégrant des données qualitatives et quantitatives est menée.

6.5. Présentation des résultats

Compte tenu de la complexité et de la multi-facette de la résilience, l'évaluation de l'impact d'une intervention sur la résilience des individus concernés par le VIH exige une approche multidimensionnelle.

6.5.1. Evaluation qualitative

Nous procéderons dans cette partie à une description détaillée de l'évolution des manifestations cliniques des participants au cours des douze séances.

Tableau 2: Evolution des perceptions et compétences avant et après l'intervention

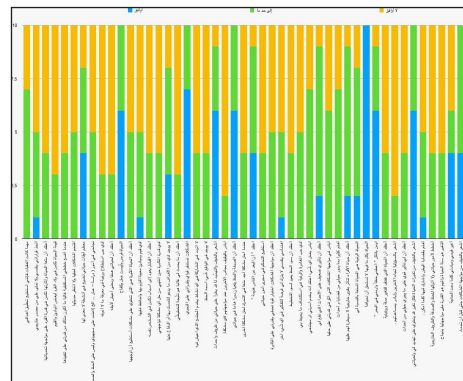
Thème	Difficulté avant l'intervention	Ressources acquises après l'intervention
Psy- chologique	Anxiété, stress, dépression, peur de stigmatisation, sentiment de solitude, manque de confiance en soi, difficulté à gérer les émotions	Développement de stratégies d'adaptation, meilleure gestion des émotions, augmentation de la confiance en soi, sentiment de soutien social, espoir, optimisme
Social	Isolement, difficultés relationnelles, peur de jugement	Amélioration des relations sociales, capacité à parler du VIH, sentiment d'appartenance
Familial	Difficulté de communication, conflits familiaux, manque de soutien familial	Amélioration de la communication familiale, renforcement des liens familiaux, sentiments de soutien familial
Physique	Difficulté à maintenir une alimentation saine, problèmes de sommeil, fatigue	Amélioration de la santé physique, développement de routines saines
Cognitif	Difficulté à comprendre le VIH, manque d'informations, sentiment de perte de contrôle	Meilleure compréhension du VIH, capacité à prendre des décisions éclairées, sentiment de contrôle sur sa vie
Comportemental	Difficulté à gérer le temps, manque de motivation, comportements à risque	Amélioration de la gestion du temps, augmentation de la motivation, adoption de comportements protecteurs

Le tableau ci-dessus synthétise les mécanismes d'adaptation identifiés sur la base des réponses recueillies de l'ensemble des 10 participants, pour les différentes variables de l'échelle (défis, engagement et contrôle) mesurés avant et après l'administration de notre programme.

6.5.2. Evaluation quantitative

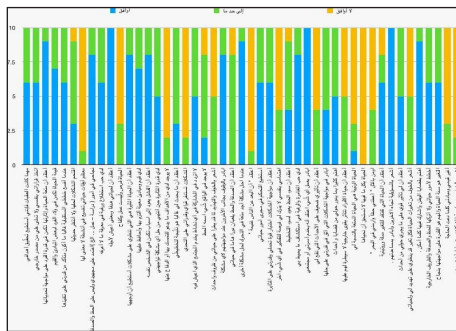
L'analyse quantitative s'est appuyée sur le déploiement d'un outil de mesure standardisé, administré avant et après l'application du programme d'intervention. Cet instrument a mesuré la résilience des personnes vivant avec le VIH à travers trois dimensions

clés: le contrôle, l'engagement et la capacité à relever des défis. Les données recueillies ont ensuite été soumises à un traitement statistique pour quantifier l'efficacité de la prise en charge.



Histogramme 1: Visualisation de la répartition des scores à l'échelle de résilience avant l'intervention (47 items, 3 variables)

L'observation des histogrammes de répartition met en lumière une progression notable de la résilience psychologique entre les deux phases d'évaluation. Un indicateur saillant de ce changement est la question 37 («la vie ne vaut pas d'être vécue»): alors que la majorité des participants y adhéraient lors du prétest, ils ont rejeté cette affirmation lors du post test.



Histogramme 2: Visualisation de la répartition des scores à l'échelle de résilience après l'intervention (47 items, 3 variables)

Avant d'approfondir l'analyse, la normalité de la distribution a été examinée via le logiciel SPSS:

- **Test Shapiro-Wilk:** utilisé pour vérifier si les variables ont suivi une loi normale
- **Test de Kolmogorov-Smirnov:** employé pour comparer la distribution de l'échantillon à une norme théorique

Les résultats ($p\text{-value} > 0.05$) ont confirmé que les variables «engagement» et «défis» ont suivi une distribution normale. Par conséquent, l'utilisation de tests paramétriques, précisément le test t pour échantillon appariés, s'est avéré pertinent pour valider l'impact du programme.

Tableau 3: Analyse de la distribution de normalité pour les variables

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistique	Ddl	Sig.	Statistique	Ddl	Sig.
Engagement_Pré	.154	10	.200*	.915	10	.320
Engagement_Post	.241	10	.103	.908	10	.269
Contrôle _pré	.300	10	.011	.820	10	.026
Contrôle_Post	.309	10	.007	.791	10	.011
Défis_ pré	.146	10	.200*	.948	10	.646
Défis_post	.241	10	.104	.880	10	.129

En effet, la valeur de «sig» (significance) a été supérieure à 0.05 pour les deux variables, à la fois dans l'évaluation préliminaire «pré» et dans l'évaluation postérieure «post».

Tableau 4: Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne d'erreur standard
Paire 1	Engagement_pre	1.75	10	.182	.057
	Engagement_post	2.17	10	.121	.038
Paire 2	Defis_pre	1.74	10	.104	.033
	Defis_post	2.22	10	.157	.050

L'examen des données présentées dans le tableau 4 a permis de confirmer la normalité de distribution pour les variables étudiées. Cette conformité aux lois statistiques a autorisé l'usage de tests paramétriques pour comparer les résultats obtenus avant et après le programme. Ainsi, le test t pour échantillons appariés (Paired-T-Test) a été sélectionné comme l'outil d'analyse le plus adéquat.

Pour l'«Engagement»:

- **H0 (Hypothèse nulle):** Le programme n'a pas d'impact significatif; les moyennes des scores prétest et posttest ont été statistiquement équivalentes.
- **H1 (Hypothèse alternative):** L'intervention a induit un changement, créant une différence statistique entre les moyennes avant et après.

Pour les «Défis»:

- **H0 (Hypothèse nulle):** La perception des défis a resté la même; il n'existe aucune différence

notable entre les moyennes des deux phases

- **H1 (Hypothèse alternative):** L'intervention a modifié de manière significative la perception des défis par les participants.

6.6. Évaluation des résultats

Le niveau de résilience a été mesuré par une échelle composée de 47 items. Le système de notation a suivi une progression linéaire selon trois modalités : de réponses

- Toujours (3 points)
- Parfois (2 points)
- Jamais (1 point)

Le score cumulé peut atteindre un plafond de 282 points. Pour quantifier l'impact réel du programme sur le développement de l'homéostasie, les résultats individuels ont été mis en perspective par rapport à une valeur de référence, ou seuil de résilience, établi à 141 points. Nous avons reporté dans le tableau ci-dessous, les scores initiaux et finaux de chaque participant, afin de mettre en évidence l'impact de l'intervention sur leurs réponses.

Tableau 5: Evolution des scores: Impact de l'intervention sur les participants

Code du participant	Score initial total			Score final total		
	Toujours	Parfois	Jamais	Toujours	Parfois	Jamais
MJM2696M	39	5	31	45	46	9
JHM2400M	36	16	27	57	38	9
MKO3299M	30	26	24	63	26	13
HTM0296M	27	36	20	79	18	11
WJY0892M	24	32	23	43	50	7
ASA2297M	9	70	9	81	10	15
AZA0191M	3	72	10	48	44	9
EMC1198M	18	30	26	51	34	13
ASB1990M	24	50	14	87	4	16
AKH0292M	18	60	11	48	38	12
Total	228	397	195	602	308	114

La comparaison des données recueillies avant et après l'intervention témoigne d'une progression notable de la résilience globale des participants. Une analyse granulaire a démontré que cette évolution est portée par les trois

pilliers de l'échelle: le défi, l'engagement et le contrôle.

Le traitement statistique, effectué par le logiciel SPSS, est synthétisé dans le tableau ci-dessous, illustrant les tests de comparaison de moyennes.

Tableau 6: Test des échantillons appariés

Variables		Différences appariées					T	Df	(Sig. bilatérale)
		Moyenne	Ecart type	Moyenne d'erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %				
					Inférieur	Supérieur			
Paire 1	Engagement pré -post	.425	.218	.069	.581	.269	6.162	9	.000
Paire 2	Défis pré -post	.475	.184	.058	.607	.343	8.143	9	.000

L'utilisation du logiciel de traitement statistique a facilité la confrontation des données recueillies avant et après la phase d'intervention. Cette étape comparative a visé à mesurer le changement de trajectoire de chaque

individu. L'évaluation finale s'est articulée autour de la corrélation entre les données brutes et les indicateurs de succès préfinis, en s'assurant que chaque réponse apportée s'est alignée avec les problématiques centrales et les hypo-

thèses procédurales de l'étude. Ce processus a inclus également une évaluation qualitative centrée sur le sujet, intégrant le feedback direct des participants sur leur propre progression. Enfin, une phase de réflexion globale a permis de synthétiser les acquis et d'anticiper la pérennité des changements comportementaux ainsi que les retombées à long terme de ces résultats sur le quotidien.

Réalisation des objectifs de la recherche:

La finalité première de cette étude a consisté à préserver et stabiliser l'homéostasie des PVVIH au Liban. Au terme du programme, cette ambition s'est concrétisée par les accomplissements suivants:

- **Autonomisation stratégique:** Chaque participant a élaboré un protocole personnel de résilience. Ces plans d'action ont intégré des méthodes spécifiques pour naviguer à travers les défis uniques imposés par le VIH.
- **Intégration pratique:** Le transfert des compétences de l'espace thérapeutique vers la vie quotidienne a été massif, les participants appliquant les stratégies apprises.
- **Optimisation du coping:** L'analyse des échelles de résilience a confirmé une transition positive

des mécanismes d'ajustement entre les phases prétest et de posttest.

Concours des objectifs secondaires:

Le programme a décliné son objectif principal en quatre piliers de compétences que les participants ont intégré à l'issue de l'intervention:

1. **Vigilance et diagnostic:** Ils ont acquis la capacité de discerner avec précision les agents stressants et les menaces existentielles liées à leur séropositivité, mettant en place des systèmes de gestion préventifs.
2. **Mobilisation des ressources:** Les participants ont développé la capacité à exploiter les atouts personnels ainsi que les acquis communautaires ou médicaux pour surmonter les obstacles.
3. **Restructuration cognitive:** La rechute s'est opérée, favorisant l'ancrage de schémas de pensées constructifs et la préservation d'un sentiment d'espoir durable malgré la maladie.
4. **Dynamisation sociale:** Le développement de compétences communicationnelles a permis de consolider le tissu relationnel existant et de générer de nouveaux réseaux de soutien, essentiels à la résilience.

Bilan des acquis en fin d'intervention:

Le terme programme a marqué une étape décisive pour les participants,

dont le progrès s'est manifesté autour de trois axes fondamentaux:

- **Maitrise de l'environnement stressant:** Les participants ont acquis une conscience des menaces et des facteurs de stress spécifiques à leur séropositivité, leur permettant de mettre en œuvre des méthodes de régulation adaptées.
- **Identification des ressources personnelles:** Les participants ont développé des moyens pour solliciter des acquis et transformer les obstacles en défis gérables.
- **Adaptation sociale:** Les participants ont réussi à consolider leur aptitude communicationnelle tout en développant de nouvelle opportunité de soutien social.

6.7. Interprétation des résultats:

Une perspective approfondie

Cette partie est consacrée à l'examen croisé des données quantitatives et qualitatives. Nous avons mis en perspective les outils de mesure utilisés, la problématique de la recherche et les transformations concrètes observées chez les participants.

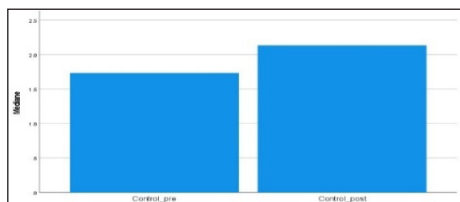
6.7.1. Évaluation des résultats quantitatifs à partir des outils utilisés:

A. Progression des scores: L'analyse a mis en évidence une amélioration

du niveau de résilience entre les deux phases.

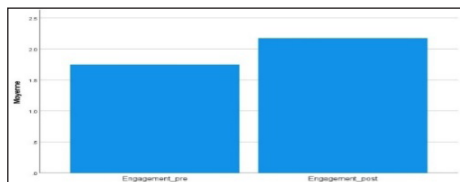
- **Avant l'intervention:** les participants ont manifesté une confiance fragile et fluctuante. Les scores ont reflété une difficulté à s'engager pleinement, un sentiment de contrôle limité sur les événements et une réticence marquée face aux obstacles liés à leur condition.
- **Après l'intervention:** nous avons observé une augmentation de l'adhésion aux affirmations positives. Les capacités à relever les défis et à maintenir un engagement actif ont été renforcés, tandis que les postures de retrait face aux barrières ont diminué.
- **Synthèse:** Cela signifie que cette différence qualitative a confirmé l'efficacité du programme dans l'optimisation des performances psychologiques des participants.
- **B. Analyse sectorielle par variable:** L'évolution des scores s'est déclinée de manière positive sur les trois piliers de l'étude:
 - **Variable «Contrôle»:** la médiane a connu une progression sensible, s'élevant de 1.73 à 2.12. Cette hausse de score indique que le programme a bénéficié même aux participants les plus vulnérables au départ.

Histogramme 1: Comparaison des médianes des scores de réponses des participants à la variable contrôle entre l'évaluation primaire et l'évaluation secondaire



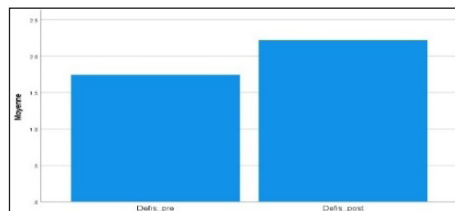
- **Variable «Engagement»:** La moyenne est passée de 1.75 à 2.17, témoignant d'une implication accrue dans le processus de changement.

Histogramme 2: Comparaison des moyennes des scores de réponses des participants à la variable engagement entre l'évaluation primaire et l'évaluation secondaire



- **Variable «Défis»:** Cette dimension a enregistré la plus forte progression, passant de 1.74 à 2.22, signifiant une meilleure disposition à affronter les rebonds de la vie avec le VIH.

Histogramme 3: Comparaison des moyennes des scores de réponses des participants à la variable défis entre l'évaluation primaire et l'évaluation secondaire



Implications concrètes: Cette amélioration du score minimal a indiqué que même les participants ayant obtenu les scores les plus bas lors de l'évaluation initiale ont montré des progrès notables.

C. Evaluation de l'écart-type selon les variables: L'étude de la variabilité des réponses a apporté les nuances suivantes:

- **Stabilité de l'engagement:** L'écart-type de la variable «engagement» s'est réduit, passant de 0.182 à 0.121. Cette concentration des scores a suggéré une harmonisation des progrès.
- **Complexité du défi:** Pour la variable «Défis», l'écart-type est passé de 0.104 à 10.157. Cette légère dispersion peut s'interpréter comme le reflet de difficultés persistantes chez certains participants, confrontés à des pressions externes tenaces telles que la stigmatisation et la discrimination sociale.

6.7.2.Évaluation des résultats par les participants: Le programme de soutien psychologique a suscité des retours favorables de la part des participants. L'analyse des

témoignages a mis en lumière l'importance de l'autonomisation et de la maîtrise des répercussions psychosociales liées à leur **état de santé**. La recherche de leur **équilibre** psychique a directement favorisé leur meilleure intégration de la maladie au niveau personnel, familial et social.

6.7.3. Évaluation selon les hypothèses proposées: L'évaluation des résultats a permis de valider l'hypothèse générale de la recherche, qui a postulé que l'implémentation d'un protocole de soutien psychosocial personnalisé va induire une amélioration du bien-être des PVVIH. Cette validation repose sur la confirmation de deux hypothèses:

- **Hypothèse opérationnelle 1:** L'intervention a démontré sa capacité à améliorer les stratégies d'adaptation utilisées par les PVVIH. Sur le plan quantitatif, cela est attesté par une augmentation statistiquement significative des scores pour les variables «Engagement» et «Contrôle» (médiane $p = 0.005$). Ces résultats ont indiqué une meilleure perception de l'auto-efficacité des participants face aux situations stressantes.
- **Hypothèse opérationnelle 2:** L'intervention a entraîné une

réduction des marqueurs de détresse psychologique, confirmée par l'analyse de la dimension «Défis». L'augmentation de la moyenne des scores pour cette variable ($p < 0.001$), signifie que les participants ont perçu les difficultés comme des défis surmontables plutôt que des menaces. Ceci a été montré par l'évaluation qualitative qui a révélé une réduction de l'anxiété, des pensées erronées et du sentiment d'impuissance suggérant une restructuration cognitive réussie.

Afin d'achever cette partie, nous allons identifier les éléments constitutifs fondamentaux des résultats obtenus afin de réaliser une évaluation pertinente du travail effectué.

6.7.4. Réflexion, révision et évaluation générales: Cette étude a montré que le VIH ne touche pas seulement le corps, mais bouleverse toute la vie d'une personne: son moral, son travail et ses relations avec ses proches. L'annonce du virus provoque souvent une grande tristesse, de la honte et une perte de confiance en soi à cause du regard des autres. Les PVVIH ont aussi peur de perdre leur emploi ou d'être rejetés par leur famille et leurs partenaires, ce qui crée des tensions et un sentiment d'isolement.

En résumé, la séropositivité agit comme un catalyseur de vulnérabilité qui nécessite, au-delà des soins médicaux, une approche psychosociale intégrative pour restaurer l'équilibre de vie des personnes concernées.

7. Conclusion et recommandations

En guise de conclusion, cette étude a évalué l'impact d'un programme de soutien psychosocial basé sur les techniques de la TCC auprès de dix personnes vivant avec le VIH fréquentant le centre de la SIDC au Liban. Adoptant une approche descriptive participative et une méthodologie mixte, nous avons utilisé l'échelle de résilience du Dr. Imad Mokhaymer pour mesurer

l'évolution de l'homéostasie des participants à travers les dimensions de défi, d'engagement et de contrôle. Les résultats ont démontré une amélioration de l'adaptation personnelle sociale et familiale, confirmant ainsi l'efficacité des interventions individualisées. Face à la stigmatisation persistante, nous recommandons une réforme du cadre légal criminalisant les PVVIH au travail et une standardisation des formations pour les acteurs de santé. Toutefois, l'élaboration d'interventions de groupes complémentaires aux approches individuelles, pourrait-elle constituer une stratégie pertinente pour soutenir les PVVIH face aux conséquences néfastes de la divulgation de leur statut sérologique?

Bibliographies

Ouvrage en français

- 1) Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*, Paris: Dunod.
- 2) Bernard, C. (1878). *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux* (Vol. 1-2). J.B. Baillière et Fils.
- 3) Hirigoyen, M.-F. (1998). *Le harcèlement moral: La violence perverse au quotidien*. La Découverte.
- 4) Rizk, R. (2024). *Renforcer la résilience des personnes vivant avec le VIH au centre SIDC (Société pour le soin et le développement de la communauté)* [Mémoire de master professionnel, Université Libanaise].
- 5) Tremblay, M.-A., & Beaulieu, C. (2018). *Les facteurs de risque de la violence conjugale*. *Revue canadienne de psychologie*, 63(3), 235-245.
- 6) Ungar, M. (2008). *L'écologie sociale de la résilience: Un cadre pour comprendre comment favoriser la résilience dans les communautés*. Springer.

Sitographies

- 1) Dupont, M. (2019). *Les secrets d'une communication efficace*. Kindle Direct Publishing.
- 2) L'université du Québec à trois rivières comme exigence partielle de la maîtrise en psychologie. URL: <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/4764/1/000642347.pdf> 3) Petit, A. (2022). *Faire face à l'infection au VIH/Sida en Guyane: une étude en psychologie sociale de la santé sur les processus d'ajustement des professionnels de l'accompagnement et des personnes vivant avec le VIH dans un contexte multiculturel*. Université de Lyon. URL: <https://theses.hal.science/tel-03704108v1/document>.

Ouvrage en anglais

- 1) Beck, A.T.(1993). *Cognitive approaches to stress*. In R. Woolfolk & P. Lehrer (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed., pp.333-372). Guilford Press.
- 2) Creswell, J.W.(2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 3) Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S.(2005). *Handbook of qualitative research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 4) Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T.(1986). *The effects of self-esteem on emotional responses to death: A terror management perspective*. In J.Greenberg, S.Solomon, & T.Pyszczynski (Eds.), *The self and social identity* (pp.113-130). New York, NY: Psychology Press.
- 5) Kernberg, O.F.(1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.
- 6) Lazarus, R.S., & Folkman, S.(1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- 7) Putnam, R.D.(2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon & Schuster.
- 8) Selye, H.(1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.
- 9) Shenton, A.K., (2004). *Content analysis: A comprehensive guide to its application in qualitative research*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.

Ouvrages en arabe

- 1) تيار، أ. (2022). تحليل العوامل التأكيدية لـ «مقياس الصلابة النفسية» لدى عينة من طلاب الجامعة اللبنانية في مرحلة الماستر كلية الآداب والعلوم الإنسانية - العمادة - أطروحة رسالة: الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وعلاقتها ببعض الاضطرابات الانفعالية القلق - الاكتئاب، (الجامعة اللبنانية، ص. 68-52).
- 2) السعيد، أ. (2017). استراتيجيات التحمل للأفراد الذين يتعاملون مع نتيجة اختبار فيروس نقص المناعة البشرية الإيجابية. مجلة علم النفس الصحي 3(92)، 123-196.
- 3) العبدالله، ر. (2011). بناء الصمود النفسي للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية: دراسة حالة. الدمام: المطبعة الوطنية.