

## Moi ! A propos d'une patiente phobique et de sa psychologue

Colloque de la commission psy de la Société Française de Lutte contre le Sida  
« Qui a peur du VIH en 2016 ? », Paris, 17 juin 2016.

J'ai travaillé comme psychologue de l'équipe psy-VIH de l'hôpital Jean-Verdier à Bondy pendant plus de onze ans, de 1988 jusqu'en 2010. Depuis, j'exerce dans un service de neurologie pédiatrique. Quand j'ai quitté l'hôpital Jean-Verdier il y a six ans, à tous les patients que je voyais régulièrement j'ai annoncé mon départ avec suffisamment d'avance pour qu'ils s'y préparent. Le devenir du travail psychothérapeutique que chacun d'eux faisait avec moi m'avait beaucoup préoccupée. Pour certains d'entre eux, cela faisait dix ans qu'ils venaient me voir en consultation régulièrement. Mais dans leur réaction spontanée, finalement ce fut beaucoup plus net que je ne l'avais imaginé : J'ai découvert (en termes d'expérience) ou vérifié ce que la théorie du transfert indique –si on arrive à le saisir– que naturellement, tous les patients ont réagi spontanément par une question parmi les deux possibles : « et donc, qui vous remplacera ? » ou « et donc, vous serez où ? ».

Pour ces patients qui faisaient ainsi preuve que le transfert vis à vis de leur psychologue opérait plus que le transfert vis à vis de l'institution, je me suis arrangée pour que la continuité de leur travail soit possible.

Madame Hermon (le nom que je donnerai à la patiente de mon titre pour cette communication) fait partie de ces patients que je reçois en libéral depuis 2010, date de mon départ de l'équipe psy-VIH, en continuité des deux ans où je l'avais reçue à l'hôpital toutes les

semaines. Comme elle l'avait dit au moment où elle a su que je partais : « j'ai mis dix ans à venir vous voir, maintenant que je suis avec vous il n'est pas question que je recommence avec quelqu'un d'autre ». Et cette parole dit, d'une certaine manière, quelque chose qui est au noyau de son être : la peur, face à toute inconnue ; personne ou situation.

Ce n'est pas de cette peur dont elle se plaint, tant elle fait partie d'elle-même. Elle vient plutôt voir une psychologue, après que son médecin le lui ait conseillé en effet sans cesse, parce qu'elle pleure toutes les larmes de son corps à chaque fois qu'elle doit faire une prise de sang dans le cadre du suivi de sa séropositivité. Elle commence à très mal aller quelques semaines avant, puis continue jusqu'à la consultation médicale ; de peur, dit-elle, de devoir prendre un traitement.

Pourtant madame Hermon est pour la médecine un cas assez rare. Elle a su qu'elle était séropositive pendant sa grossesse, il y a dix-neuf ans, mais elle n'a jamais été traitée, parce que sa charge virale n'a jamais été détectable. Depuis plusieurs années cependant ce sont ses défenses immunitaires qui sont en baisse constante. Son médecin lui dit donc qu'il faut qu'elle prenne un traitement ; mais devant sa réaction, qui est toujours une réaction d'effondrement, il reporte la question à la prochaine consultation – qui se déroule quasiment à l'identique. Soulignons qu'elle est en parfaite santé. Mais le fait qu'elle soit objectivement en parfaite santé, subjectivement ne lui est d'aucun secours.

Il est arrivé que durant ces six années de suivi hors hôpital je recontacte tantôt son médecin, tantôt son infirmière. C'est par ce biais, je pense, que mes anciennes collègues ont pensé à moi s'agissant de parler de peur du VIH. Et si j'ai tout de suite accepté l'invitation, c'est que pour moi cela représentait l'occasion de rendre compte, et de soumettre à votre écoute cette question de la peur quand on vit avec le VIH. Le recul que me donne ce temps passé hors du champ du VIH – mais toujours dans le champ du soin psychique et de la psychanalyse- me permet de dire aussi quelque chose de ma propre peur, de ce qu'il en reste aujourd'hui, et ce que j'en perçois dans ce que l'époque nous renvoie, grâce au travail avec madame Hermon.

Madame Hermon m'a d'abord parlé de son virus en pleurant beaucoup, et en éprouvant le soulagement que procure le partage d'un secret. Il a fallu du temps pour qu'elle parle d'elle et de son histoire, tant elle était figée dans le présent, et tant il lui est difficile d'établir un lien de confiance où elle se sente en sécurité. Elle est meurtrie, dans son histoire, par une série de mauvaises rencontres et de ruptures, qui commencent par le départ de sa mère, qui a abandonné mari et enfants, quand elle avait cinq ans, et son placement avec ses frères en foyer jusqu'à sa puberté. Bien qu'appartenant à une famille par ailleurs unie, elle s'est toujours sentie à l'écart, et ses timides efforts de construire sa propre famille ont abouti à des situations de maltraitance. Elle pleure souvent, et dit « je ne parle à personne ».

Quel est le contexte, et quel accueil à sa parole ? En 1998 quand on arrive dans la clinique du sida, on a déjà l'impression d'arriver après

la bataille : les patients ne meurent plus, les antirétroviraux sont là, et on annonce enfin que le sida n'est plus une maladie mortelle. Je ne sais pas si on a déjà conscience qu'une révolution vient de s'opérer dans les pratiques médicales, grâce à la synergie de la médecine, qui a massivement demandé secours aux sciences humaines, et à l'activisme politique des patients eux-mêmes. Le patient est au centre du dispositif de soins et on lui donne la parole. Que ce soit pour s'assurer de son « observance », ou parce qu'on s'aperçoit qu'on ne lui rend pas automatiquement la santé globale en faisant baisser sa charge virale, on commence par l'écouter.

Le psychologue clinicien procède armé de ce que l'héritage freudien lui enseigne : qu'il faut, justement, se délester de son armure faite d'a priori théoriques, c'est à dire imaginaires, et ne s'orienter qu'avec la parole du sujet.

Il est vrai qu'un événement somatique survient dans la vie d'un sujet et le marque plus ou moins en fonction de son histoire et de sa structure. Peu importe la gravité objective de son état de santé, l'important est d'entendre ce qu'il en dit, comment il le vit, afin qu'il puisse y être pour quelque chose dans ce qu'il en fait. Et en tant que psychologue, on peut le faire d'autant mieux qu'on travaille dans un contexte institutionnel, où les éléments de la réalité objective sont travaillés par les autres intervenants.

C'est disposée ainsi que j'accueillais madame Hermon, comme je le faisais pour tous les autres patients que j'avais reçus à l'hôpital. Le sens qu'avait pris pour elle cette annonce de séropositivité pendant sa grossesse, elle me l'a dit au bout de plusieurs mois: « Pourquoi

chaque fois qu'il m'arrive quelque chose de bien, il m'arrive quelque chose de mal après ? Depuis que j'ai su que j'avais ça, chaque fois que je suis bien j'ai peur de ce qui va se passer après ».

Cette femme de 40 ans, très réservée et craintive, qui n'a pas l'habitude de parler à qui que ce soit, me livre progressivement son histoire. Au moment où je la rencontre, elle vit chez son père et élève seule son fils adolescent. Elle était retournée vivre chez son père parce que son compagnon, le père de son fils, peu après la naissance du bébé buvait et la frappait, en lui disant : « ce n'est pas à toi que j'en veux, mais à celui qui t'a transmis ce virus ». Elle travaille comme femme de ménage dans un lycée. Elle aime le travail bien fait et est appréciée de ses supérieurs, mais son rapport à autrui est toujours extrêmement défendu et méfiant. Son idéation et son expression aussi son aussi hésitantes, limitées. Elle commence chaque séance par la météo de son état psychique : « Ca va, j'étais calme », ou « c'était dur, j'ai craqué ». « Calme » veut dire « je me suis maintenue à l'identique », et « j'ai craqué » veut dire qu'elle s'est réveillée en pleurant, ou que quelque chose lui a fait mal : un bonjour omis de sa collègue, une réunion de famille où elle s'est sentie très à l'écart, de repenser à son amoureux qui disparaît régulièrement pendant plusieurs mois. Ce dernier fait des apparitions brèves dans sa vie, puis reste injoignable pendant de longues périodes ; mais elle ne peut pas s'en séparer, pour deux raisons : c'est le seul homme qui n'a pas été méchant avec elle, et surtout, il reste avec elle, malgré qu'elle lui ait dit qu'elle a le virus.

Progressivement, dans sa météo psychique s'est ajouté un troisième état : Elle peut dire : « je suis contente. J'étais calme au travail, quand

on me disait des choses ça ne me touchait pas, j'ai même rigolé avec eux ». C'est une petite distance qui fait son apparition, sans effet durable malheureusement, mais qui indique un horizon de possible.

Phobique, madame Hermon l'est de beaucoup de choses : des inconnus, de la solitude, des transports en commun, de la voiture, de faire des démarches administratives, des ascenseurs, des hauteurs, de son virus. Et c'est une vraie héroïne, elle qui derrière un caractère peureux et fruste, continue dans l'existence, à élever son fils seule, à travailler, à faire face à toutes ses responsabilités. Le virus est venu dans sa vie comme une authentification dans le Réel de sa peur.

La phobie n'est pas une structure. Chez notre patiente, ce qu'elle nomme « peur » se laisse entendre plutôt comme une angoisse archaïque, du côté de la psychose.

Et j'en arrive à la question de ma « peur » - autre façon d'appeler la résistance, qui est toujours du côté de l'analyste. Cette cartographie clinique des coordonnées subjectives de ma patiente me permet de continuer à lui proposer ce lieu, où elle peut se retrouver dans sa propre parole et trouver un appui dans son existence. Mais cela se passe dans une répétition à l'identique d'un scénario qu'on ne peut pas tout à fait qualifier de fantasme et dont elle ne décolle pas. Sa question « pourquoi faut-il qu'il m'arrive une catastrophe chaque fois que j'éprouve un peu de bonheur ? » s'avère être plutôt du côté de la certitude, non dialectisable. Donc de mon côté il me semble que mon a priori théorique, présent malgré tout, que le virus, surtout chez un sujet asymptomatique non traité, est à travailler du côté de la

représentation imaginaire, m'empêche de saisir l'impacte du Réel dans le corps.

Cette lecture a bien ses conséquences au fur et à mesure de la direction de la cure de madame Hermon. Mais j'en veux pour preuve de ma peur ou résistance, ma difficulté à faire entendre à ses soignants son besoin d'être *activement* épaulée et accompagnée. Car je pense que le but du travail clinique n'est pas de « trouver un équilibre entre résistance et résilience », mais bel et bien de laisser se dire le désir inconscient, et de traiter le Réel par le Symbolique. Mais le travail pluridisciplinaire ne pourrait-il pas tirer les conséquences de ce repérage de la structure ? Et pousser sa créativité (celle-là même qui a révolutionné les pratiques en médecine) jusqu'à inventer des « prothèses sociales » ?

Pour hisser la question à l'étendue de notre époque, on peut aisément, si on n'est pas directement concerné, imaginer qu'avoir le VIH en 2016 est avoir une fragilité de santé chronique comme tant d'autres. Mais on se rend compte de la puissance de nos résistances à l'œuvre, quand on se sent, comme moi aujourd'hui, encore en deçà de pouvoir prendre la mesure, et surtout de prendre acte, de l'impact indélébile du VIH dans le corps d'un sujet.

Danaé Skotida, psychologue clinicienne.