

Séminaire de Formation
de la
Commission PSY- SFLS



« Écouter - Transmettre ? »

Vendredi 15 juin 2007

Mairie du Xe arrondissement
Salle des Fêtes
72, rue du Faubourg Saint-Martin
75010 PARIS

N° Agrément Formation : 72330472433

SOMMAIRE

	Page
I - INTRODUCTION	1
• Dr Christiane CHARMASSON Présidente de la Commission PSY-SFLS PH – Psychiatre- Psychanalyste	
II - TRANSMISSION DANS LES GROUPES DE TRAVAIL DE LA COMMISSION PSY-SFLS	2
• BAREBACK : Richard SALICRU – Psychologue clinicien • ADOS VIH :Nadine TROCMÉ – Psychologue clinicienne Hôpital Trousseau – Paris	
DÉBAT	13
III - « CA SERT A QUOI DE COMPRENDRE ?...VERS UN SOIN PLUS INTELLIGENT »	26
• Pr Jean-Marie LANG – COREVIH Alsace • Daniel GROSSHANS – Psychologue clinicien COREVIH Alsace • <u>Modérateur</u> : Dr Maurice NEGRE – Médecin somaticien CHS Sainte Marie – Nice	
DÉBAT	41
IV - ECOUTE ET TRANSMISSION DANS LES GROUPES DE PAROLE... ET APRES ?	49
• Yola COLSAET – Psychologue clinicienne RVH SIDA - 45 – Orléans • Heidi BEROUD – Psychologue clinicienne CH Simone Veil - Eaubonne (95) • Marie-Lise SALIN – SHAUSSWALD – Psychologue clinicienne CH de la Basse Terre – Guadeloupe	
DÉBAT	61
V - TRANSMISSION : MISE EN SCENE D'UN SAVOIR QUI SE DÉROBE	65
• Dr Roser CEINOS – PH- Psychiatre Equipe PSY VIH – Montfermeil (93)	
DÉBAT	71

VI - LE VIH, REVELATEUR DE L'HERITAGE TRANS GENERATIONNEL : les effets négatifs de la transmission dans l'espace de la famille et du soin	77
• Constance LECONTE – Psychologue clinicienne CH Cayenne – Guyane	
VII - ET SI LA LUTTE CONTINUAIT ?	86
Sylvie CHENEAU – Psychologue clinicienne Service du Pr Delfraissy - CHU Bicêtre – Paris	
DÉBAT	94
VIII - CONCLUSION	96
• Chantal BRIGAUDIOT – Psychologue – Psychanalyste CHU Lariboisière - Paris	

I - INTRODUCTION

Docteur Christiane Charmasson

Présidente de la Commission PSY-SFLS

PH – Psychiatre- Psychanalyste

Ecouter, certes ! mais transmettre !...

La multiplication des données et pratiques nouvelles souvent hétérogènes, parfois antagonistes (psychanalytiques, biologiques, cognitivistes...) et leur diffusion dans le public ont pû créer un malaise dans la transmission de la pratique clinique entre générations professionnelles, entre les différentes lignées de praticiens. Dès lors... doit-on redouter la perte du désir de transmettre ? Transmettre c'est aussi reconnaître les limites de ses références et accepter la nouveauté, l'inconnu, l'émergence de l'imprévu, mais aussi reconnaître la place du temps et du travail de remémoration.

Pour ceux d'entre-nous qui ont souhaité, que le cloisonnement s'estompe, que la transversalité des regards, de l'écoute, des pratiques, remplace la rigidité de certaines cliniques, parfois teintées d'arrogance ou d'ironie dans la considération croisée entre « Somaticiens » et « Psy »...toujours pour le « mieux dit » à l'égard des patients que nous prenions en soins !... avons nous su saisir les mouvements institutionnels pour y imposer la complémentarité de notre art ?

Savons-nous, acceptons-nous de transmettre à ceux qui disent d'emblée ne rien comprendre à nos connaissances et à notre langage ? Le travail de liaison, inauguré avant l'arrivée du VIH/SIDA, garde sa place malgré le nécessaire et perpétuel mouvement de créativité qu'il impose. Inventer, improviser, composer... c'est un réel travail d'artiste auquel nous sommes invités, pour ajuster notre partition à celle de nos partenaires et faire entendre que ce que parfois nous comprenons, modestement par notre « écoute », n'est probablement pas toujours transmissible.

II – TRANSMISSION DANS LES GROUPES DE TRAVAIL DE LA COMMISSION PSY-SLFS

- **GRUPE DE REFLEXION SUR LE SUIVI DES ADOLESCENTS SEROPOSITIFS POUR LE V.I.H**

Nadine Trocmé
Psychologue clinicienne
Hôpital Trousseau - Paris

Présenter ce groupe en introduisant en quelque sorte une journée dont le thème est l'écoute et la transmission, est complexe.

La substance même des rencontres de ce groupe de réflexion c'est certainement un espace et un lieu possible de questionnements sur les pratiques quotidiennes, mieux comprendre pour mieux écouter les patients adolescents séropositifs, et certainement aussi pour écouter le mieux possible les membres du groupe eux mêmes autour de situations cliniques rencontrées souvent difficiles.

Mais dans l'après coup de cette journée, la question restera sans doute celle de la transmission : dans l'abord de nos difficultés à comprendre certaines situations, que pouvons nous transmettre à propos de cette écoute de l'adolescent séropositif, sinon le désir de mieux le comprendre pour mieux l'écouter. Le mot désir, est sans conteste celui qui convient le mieux pour témoigner de ce qui anime depuis 4 ans l'esprit et la dynamique de ce groupe de réflexion qui ne cesse de se remettre en question. Il y a quelque chose qui s'y passe ... Est ce cela que ces rencontres nous ont transmis à chacun de nous, au sein de ce groupe ?

C'est la raison pour laquelle, le témoignage de « ce qui se passe » dans ces rencontres portera volontairement sur leur aspect factuel : le reste ne m'appartient pas et il ne m'est pas possible de vous « transmettre » plus que ça, ici ...

Depuis la toute première réunion qui a eu lieu en juin 2003 suite aux questions qui avaient été posées lors d'une table ronde organisée par la commission psy de la SFLS autour du passage des adolescents séropositifs dans les services d'adultes, les rencontres se sont multipliées avec un certain succès.

Aujourd'hui nous devons faire le constat que ce lieu est un lieu de réflexion de plus en plus fréquenté autour de la prise en charge globale de l'adolescent séropositif, permettant aux membres pluridisciplinaires d'équipes hospitalières mais aussi associatives, d'échanger sur leurs pratiques et la clinique. Il est aussi un lieu d'information.

Le cadre

Les réunions ont lieu au rythme de 4 rencontres par an soit trimestrielles, dans une salle prêtée par le Cybercrips dans la tour Montparnasse. Un lieu neutre par rapport à nos différents lieux professionnels, stratégique au plan géographique et symbolique concernant notre sujet : les adolescents.

Les participants

A la date d'aujourd'hui, presque une centaine de participants s'y sont déjà croisés : pour un tiers d'entre eux des médecins toutes spécialités confondues (services adultes , psychiatres , pédiatres , gynécologues , ...), pour un autres tiers des psychologues (adultes et enfants , associations) et enfin à peu près un tiers d'autres participants toutes professions confondues sont venus : infirmières, , juristes, ,assistantes sociales, éducateurs, stagiaires de différents origines professionnelles , chercheurs...

L'origine des participants n'a cessé de s'élargir tant au plan des structures d'accueil des adolescents qu' au plan géographique : elle concerne une trentaine d'hôpitaux, une dizaine d' associations et quelques médecins de ville .

La particularité de ce groupe qui est d'être constitué de membres très diversifiés permet de très riches échanges et des contacts importants, lisibles dans l'élaboration du carnet d'adresse.

Ce carnet d'adresse vise à participer au lien réel de binômes possibles entre équipes, parfois de part et d'autre du monde . Chaque nouveau participant concerné par la prise en charge des adolescents y laisse ses coordonnées .

Et depuis 2 ans, nous y incluons sur leur demande les médecins d'Afrique ou d'Asie venant assister à nos réunions lors de leurs stages en France et concernés eux aussi par la prise en charge des adolescents séropositifs. Rentrés chez eux ils reçoivent chaque compte rendu de réunion comme chaque participant habituel, ce qui permet de garder un lien (en dehors des rencontres dans les congrès internationaux ou autres) .Ces adresses en effet permettent un relais possible entre deux prises en charge , quelque en soit le lieu , parfois entre un pays du Nord et un pays du sud , comme cela a été récemment le cas pour un jeune ado qui partait à Douala au Cameroun.

Ce carnet constitue un réseau de soignants d'accompagnants ou d'intervenants originaires d' Afrique sub-saharienne dont le BURKINA FASO, le CAMEROUN , le MALI , le NIGER et le BENIN , de Birmanie , des Dom Tom (Guadeloupe , et Guyane) mai aussi de Belgique (Bruxelles) ...outre évidemment la province française (CH de Montpellier , CH de Lyon , CHU de Bordeaux) et la région Ile de France avec Paris .

Le contenu

La question du contenu de ces futures rencontres fut posée dès la première réunion : évoquerions nous les difficultés des soignants dans la prise en charge des adolescents ou les adolescents et leurs difficultés ?

Au début les réunions furent peu structurées ; certes la richesse des discussions et les échanges étaient intenses mais comportaient le risque à long terme de s'épuiser si nous n'accordions pas un temps donné à chacun des sujets qui nous paraissaient important de traiter ensemble, et si nous n'agrandissions pas notre réflexion sur d'autres expériences que la nôtre.

- Des sujets concernant les problématiques liées à la dynamique adolescente elle-même : comment aborder les interrogations identitaires exacerbées par le vécu d'une séropositivité depuis la petite enfance, les prises de risques englobant la mauvaise observance souvent rencontrées dans cette population, mais aussi les comportements sexuels, la question du passage d'un service à l'autre ...

- Mais aussi des sujets concernant les soignants, thérapeutes ou intervenants auprès des adolescents avec une remise en question permanente nécessaire comme par exemple l'abord de la sexualité en pédiatrie, ou de la place du gynécologue auprès des ados ...

Aujourd'hui les réunions ont pris un autre rythme où désormais les participants s'engagent plus particulièrement en faisant part de leurs expériences (une situation clinique ou une prise en charge particulières) ou en présentant leur institution (la spécificité d'un service ou d'une association) ou tout simplement en exposant un questionnement particulier concernant la prise en charge de l'adolescent séropositif comme par ex le problème de l'abord de la sexualité ou celui de l'observance des traitements particulièrement difficile dans cette population.

Nous le savons de plus en plus d'adolescents contaminés par transmission materno - foetale sont maintenant adultes et ceux qui sont passés en médecine adulte sont de plus en plus nombreux. Nos expériences respectives et les réflexions qui ont eu lieu régulièrement au sein du groupe de travail sur cette question, nous ont permis et nous permettent encore d'enrichir nos pratiques, nos savoirs respectifs et d'avancer ensemble .

Un sous groupe de travail est né de ces réunions et a travaillé particulièrement à la problématique du passage des ados (la réflexion fut exposée lors de la journée Psy de la SFLS de 2006) - un travail d'écriture en vue d'une publication est en cours .

Et puis ... ce groupe de réflexion a donné naissance aussi à un autre groupe : celui du « Réseau adolescent et VIH » qui constitue le comité d'organisation du « Premier Forum à Paris des adolescents et jeunes

adultes infectés ou affectés par le VIH » qui nous l'espérons, verra le jour en 2008.

Pour ne pas conclure ...

Le groupe de réflexion sur les adolescents séropositifs est un groupe ouvert, évolutif, mutatif, témoin de l'évolution de la clinique qui ne cesse de nous interroger tous et qui demande une perpétuelle remise en question de nos pratiques. En nouant des liens professionnels importants, non seulement nous partageons cette réflexion et ces interrogations, mais nous devenons aussi les membres d'une grande équipe qui peuvent désormais travailler ensemble au quotidien .

Vous trouverez l'ensemble des comptes rendus des réunions du groupe de réflexion sur le suivi des adolescents séropositifs pour le VIH » depuis l'origine, sur le site <http://psysfls.calamos.org>

- **DU RELAPSE AU BAREBACK, EVOLUTION DES PRISES DE RISQUES DANS LA COMMUNAUTE GAY**

Richard SALICRU

Psychologue clinicien

J'ai sollicité la formation ce groupe à l'issue des Assises SFLS de 2005 qui se sont tenues à Saint-Malo. Le groupe s'est constitué après la journée des psy SFLS en juin 2006. Depuis, nous nous sommes réunis 6 fois entre 2006 et 2007.

L'objectif de ce groupe de travail était au départ de tenter de saisir quelque chose des conduites à risques dont on constate depuis quelques années l'émergence dans le milieu gay ainsi que de comprendre la polémique qui anime aujourd'hui les associations de prévention gay dans notre pays. Le projet en filigrane de ce groupe était en plus de nous rencontrer autour de ces questions entre psy : comment les uns et les autres nous sommes amenés à gérer ces situations et comment nos patients les mettent en mot.

Cette proposition de constituer un groupe de réflexion a, dans un premier temps, suscité un vif intérêt tant du côté des psychologues que dans le milieu associatif. Rapidement, la question de la pertinence de réunir ces divers professionnels et acteurs s'est posée. En effet, « la place de laquelle chacun parle (ou chacun pense) » oriente nécessairement la réflexion du groupe. L'écoute psy s'étaye sur la parole que le patient vient lui apporter lorsque l'acteur de prévention vient rappeler la réalité de la prise de risque.

Nous avons donc mis en place un dispositif qui a évolué dans le temps.

La présence de Roberto, acteur de prévention du SNEG (Syndicat National des Entreprises Gays) a permis, dans un premier temps, l'étayage d'une réflexion sur une expérience concrète. En effet, cette expérience et la réflexion qu'il porte sur les comportements dans les divers établissements gays fut pour nous particulièrement riche. Il nous a permis de repérer que ce que nous questionnons du côté de l'intrapsychique doit aussi s'entendre en regard de l'identification à une dynamique groupale et socio-culturelle liée à l'existence d'une communauté forte. L'idée était de ne pas méconnaître tout cela.

Nous pensions parvenir à cerner une définition du bareback mais sans succès. Est-ce l'acte de non-prévention ou l'intentionnalité de contaminer ? Le plaisir d'être contaminé est-il une réalité psychique ou un mythe ? La question reste en cours. Dans le non-politiquement correct, la dimension de l'intentionnalité de contaminer nous est apparue comme celle que les nombreuses littératures sur le sujet évitent...intentionnellement ?

Quels sont les enjeux de cet évitement ?

Le groupe s'est lui-même confronté à « l'effet du sujet traité » sur la dynamique du travail du groupe... Cet effet d'agression de l'intérieur a eu pour conséquence de nous repositionner sur les questions que ce

bareback, à la définition encore floue, nous posaient dans notre cadre de travail, c'est-à-dire au travers de l'écoute de nos patients.

Est-ce que cela vient transformer notre écoute ? L'effet de la réalité ne pouvant pas être traité sur le même mode que le fantasme, comment tenir sans lâcher le patient et sa réalité psychique et la réalité incarnée dont il nous parle au travers de ce qu'il dit de son partenaire.

Pour nous repérer dans tout cela, ce que nous avons défini comme bareback (parce que là, les définitions affluent) c'est la sexualité sans protection là où il devrait y avoir prévention. Mais vous savez que souvent le bareback défini toute une série d'attitudes face à la contamination. Se contaminer, se faire contaminer délibérément et y trouver du plaisir, ou contaminer délibérément et y trouver du plaisir. Je pense que néanmoins au fil de nos réunions nous avons élargi cette définition à toute sorte de rapport à risques.

Il fallait donc tout d'abord débroussailler le terrain et connaître, savoir ce qui se pratique dans le domaine de la sexualité bareback. Somme toute les 3 ou 4 premières réunions de ce groupe ont été consacrées à cette présentation de l'état des lieux car pour mieux comprendre, s'il est question de comprendre, il vaut mieux savoir de quoi l'on parle. Du point de vue des pratiques in situ, je ne vais pas vous faire une revue de l'existant. Retenez surtout que les pratiques à risques sont là, bien là, qu'elles ne sont pas seulement les conséquences d'une inconséquence ou d'une ignorance mais aussi le résultat d'une volonté, de l'élaboration de fantasmes, d'un désir évident porté par des pulsions dont l'origine reste à découvrir. En ce qui concerne la prévention, elle existe aussi, par la présence quasi permanente des outils habituels (messages, affichages, préservatifs et gel) ainsi que des acteurs associatifs qui restent vigilants mais néanmoins son efficacité est relative et uniquement relative au désir de chaque individu. J'en mets ou j'en mets pas, reste la question qui se traite dans un colloque singulier entre soi et soi. Personne ne pénètre cette sphère intime...

Pour en revenir au déroulement de nos réunions, ce n'est que vers les deux dernières rencontres que nous nous sommes questionnés sur la place à partir de laquelle nous parlions. Et dès lors nous sommes entrés dans une discussion polémique autour du fait de dire ou de ne pas dire à son partenaire occasionnel ou sur le long terme que l'on est séropositif. Cette discussion est passée par le « nous à nous », c'est-à-dire que nous avons traversé des échanges passionnels où nous parlions surtout de nous-mêmes et de ce que nous aurions fait à la place de...

Il y a une grande difficulté à qualifier celui qui sait qu'il va contaminer l'autre. Est-il question d'agression ? Est-il question de vengeance ? Doit-on aller plus loin et penser aux mouvements inconscients qui seraient sous-jacents à cette attitude ?

Par ailleurs se pose une autre question : à partir de quand se sent-on trahi ? Comment penser intervenir face à la question de cette trahison ? Comment réagir lors de la situation particulière où un patient vient signifier qu'il risque de contaminer un partenaire ou son conjoint ? Quid en particulier quand le partenaire est connu de nous ?

Nous avons évoqué alors de nombreuses situations cliniques. Peut-on ou non conseiller un patient sur ce qu'il doit dire ou ne pas dire ? Jusqu'à quel point doit-on intervenir ? A-t-on droit à l'acting-out dans certaines situations ?

Puis nous avons abordé une question très intéressante sur l'amalgame fantasmatique entre contamination et fécondation. Sur certaines annonces il est demandé par certains gays d'être fécondés par un partenaire séropositif. « Fécondé » veut dire intromission du sperme et donc potentiellement contaminé ou surcontaminé. Nous avons alors réfléchi sur la possibilité d'une identification à une mère fantasmatique, le corps de la mère étant alors souillé, violé par un père tout-puissant. De plus certaines études démontrent que 20% des hommes gays déclare avoir été abusé sexuellement avant l'âge de 13 ans. Bien que cela n'apparaisse pas tout de suite lors des suivis, nous avons remarqué que les hommes finissent un jour par en parler. Mais peut-on faire un lien entre cette réalité et les fantasmes nombreux autour des situations de violences que nous observons soit dans les décorations des boîtes de nuits (Le dépôt par exemple) soit dans les scénarios des pornos gays.

Pour finir, nous avons réfléchi sur ce qu'est finalement la sexualité masculine, ce qu'elle contraint d'être, de montrer, de soutenir d'une capacité à... l'homme doit être capable de et ne peut se contenter de la passivité sauf à se positionner du côté de celui qui est pris et dominé. Ces questions restent à approfondir, nous en sommes bien conscients.

Néanmoins mon départ du champ du VIH et les contingences actuelles ne me permettent pas de continuer de coordonner ce groupe. A moins qu'une autre personne soit intéressée pour reprendre cette tâche, cette réflexion devra en rester là pour l'instant.

DIAPORAMA
Richard SALICRU – Psychologue clinicien

**DU RELAPSE AU BAREBACK,
EVOLUTION DES PRISES DE RISQUES DANS LA COMMUNAUTE
GAY**

Du relapse au bareback

saisir quelque chose des conduites à risques dont on constate depuis quelques années l'émergence dans le milieu gay
comprendre la polémique qui anime aujourd'hui les associations de prévention gay dans notre pays.
nous rencontrer autour de ces questions entre psy : comment les uns et les autres nous sommes amenés à gérer ces situations et comment nos patients les mettent en mot ?

Du relapse au bareback

la question de la pertinence de réunir ces divers professionnels et acteurs s'est posée.
« la place de laquelle chacun parle (ou chacun pense) » oriente nécessairement la réflexion du groupe.
l'écoute psy s'étaye sur la parole que le patient vient lui apporter lorsque l'acteur de prévention vient rappeler la réalité de la prise de risque.

Du relapse au bareback

étayage d'une réflexion sur une expérience concrète.
repérer que ce que nous questionnons du côté de l'intrapsychique doit aussi s'entendre en regard de l'identification à une dynamique groupale et socio-culturelle liée à l'existence d'une communauté forte.

Du relapse au bareback

cerner une définition du bareback mais sans succès.
est-ce l'acte de non-prévention ou l'intentionnalité de contaminer ?
le plaisir d'être contaminé est-il une réalité psychique ou un mythe ?
dans le non-politiquement correct, la dimension de l'intentionnalité de contaminer nous est apparue comme celle que les nombreuses littératures sur le sujet évitent...intentionnellement ?
Quels sont les enjeux de cet évitement ?

Du relapse au bareback

le groupe s'est lui-même confronté à « l'effet du sujet traité » sur la dynamique du travail du groupe... Cet effet d'agression de l'intérieur a eu pour conséquence de nous repositionner sur les questions que ce bareback, à la définition encore floue, nous posaient dans notre cadre de travail, c'est-à-dire au travers de l'écoute de nos patients.

Du relapse au bareback

est-ce que cela vient transformer notre écoute ? L'effet de la réalité ne pouvant pas être traité sur le même mode que le fantasme, comment tenir sans lâcher le patient et sa réalité psychique et la réalité incarnée dont il nous parle au travers de ce qu'il dit de son partenaire.

Du relapse au bareback

ce que nous avons défini comme bareback c'est la sexualité sans protection là où il devrait y avoir prévention.
se contaminer, se faire contaminer délibérément et y trouver du plaisir, ou contaminer délibérément et y trouver du plaisir.
au fil de nos réunions nous avons élargi cette définition à toute sorte de rapport à risques.

Du relapse au bareback

les 3 ou 4 premières réunions de ce groupe ont été consacrées à cette présentation de l'état des lieux car pour mieux comprendre, s'il est question de comprendre, il vaut mieux savoir de quoi l'on parle.

Du relapse au bareback

les pratiques à risques sont là, bien là, qu'elles ne sont pas seulement les conséquences d'une inconséquence ou d'une ignorance mais aussi le résultat d'une volonté, de l'élaboration de fantasmes, d'un désir évident porté par des pulsions dont l'origine reste à découvrir.

Du relapse au bareback

en ce qui concerne la prévention, elle existe aussi, par la présence quasi permanente des outils habituels (messages, affichages, préservatifs et gel) ainsi que des acteurs associatifs qui restent vigilants mais néanmoins son efficacité est relative et uniquement relative au désir de chaque individu. J'en mets ou j'en mets pas, reste la question qui se traite dans un

colloque singulier entre soi et soi. Personne ne pénètre cette sphère intime...

Du relapse au bareback

vers les deux dernières rencontres que nous nous sommes questionnés sur la place à partir de laquelle nous parlions.
discussion polémique autour du fait de dire ou de ne pas dire à son partenaire occasionnel ou sur le long terme que l'on est séropositif.
cette discussion est passée par le « nous à nous », c'est-à-dire que nous avons traversé des échanges passionnels où nous parlions surtout de nous-mêmes et de ce que nous aurions fait à la place de...

Du relapse au bareback

il y a une grande difficulté à qualifier celui qui sait qu'il va contaminer l'autre. Est-il question d'agression ? Est-il question de vengeance ? Doit-on aller plus loin et penser aux mouvements inconscients qui seraient sous-jacents à cette attitude ?
par ailleurs, à partir de quand se sent-on trahi ? Comment penser intervenir face à la question de cette trahison ? Comment réagir lors de la situation particulière où un patient vient signifier qu'il risque de contaminer un partenaire ou son conjoint ? Quid en particulier quand le partenaire est connu de nous ?

Du relapse au bareback

peut-on ou non conseiller un patient sur ce qu'il doit dire ou ne pas dire ? Jusqu'à quel point doit-on intervenir ? A-t-on droit à l'acting-out dans certaines situations ?

Du relapse au bareback

amalgame fantasmatique entre contamination et fécondation.
sur certaines annonces il est demandé par certains gays d'être fécondés par un partenaire séropositif. « Fécondé » veut dire intromission du sperme et donc potentiellement contaminé ou surcontaminé.
possibilité d'une identification à une mère fantasmatique, le corps de la mère étant alors souillé, violé par un père tout-puissant.

Du relapse au bareback

certaines études démontrent que 20% des hommes gays déclare avoir été abusé sexuellement avant l'âge de 13 ans. Bien que cela n'apparaisse

pas tout de suite lors des suivis, nous avons remarqué que les hommes finissent un jour par en parler.

peut-on faire un lien entre cette réalité et les fantasmes nombreux autour des situations de violences que nous observons soit dans les décorations des boîtes de nuits (Le dépôt par exemple) soit dans les scénarios des pornos gays.

Du relapse au bareback

pour finir, nous avons réfléchi sur ce qu'est finalement la sexualité masculine, ce qu'elle contraint d'être, de montrer, de soutenir d'une capacité à... l'homme doit être capable de... et ne peut se contenter de la passivité sauf à se positionner du côté de celui qui est pris et dominé.

Du relapse au bareback

mon départ du champ du VIH et les contingences actuelles ne me permettent pas de continuer de coordonner ce groupe. A moins qu'une autre personne soit intéressée pour reprendre cette tâche, cette réflexion devra en rester là pour l'instant.

DÉBAT

Christiane Charmasson

Des commentaires et des questions à partir du groupe Ados VIH ? La parole est à vous...

Danaé Skotida – psychologue – Equipe PSY VIH à Jean Verdier (93)

Bonjour, J'aimerais Nadine, te poser une question technique et d'actualité ? Puisqu'on sait tous que ces jours-ci circule sur le net la fameuse manifestation « sauvons la clinique » qui interroge la place de la psychanalyse dans la formation des cliniciens, les derniers qui restent sont les psychologues, puisque les psychiatres depuis un moment ne bénéficient pas de l'enseignement de la psychanalyse pendant leurs études. Alors, il est évident, que ce groupe est très bénéfique pour les participants, d'une richesse qui n'est pas à démontrer, le nombre de participants, et le renouvellement le démontrent. Puisqu'aujourd'hui on parle de transmission, j'aimerais que tu essayes, c'est pour cela que je parle d'une question technique, de démontrer la place de la psychanalyse ? Quelle est l'utilité de la formation psychanalytique et la place de la psychanalyse dans un tel groupe ?

Nadine Trocmé

C'est vraiment la question piège pour commencer ! Tu as raison, il y a quelque chose qui circule, d'ailleurs, moi-même j'ai signé la pétition, mais il y a quelque chose que tu as dit qui ne me semble pas tout à fait vrai. Outre le fait que je suis clinicienne à l'hôpital, je suis aussi chargée de cours à l'université, et tu dis l'enseignement de psychanalyse ne se fait pas à l'université, il n'est pas prépondérant, mais il se fait quand même. C'était une petite parenthèse.

Il y a quand même une sauvegarde d'un enseignement tourné vers l'écoute analytique qui se maintient à l'université.

Effectivement, ce que je n'ai pas dit dans mon petit exposé, quand je parle de clinique, cela me paraît évident, et cela rejoint cette pétition qui a circulé, mais c'est un grand débat que l'on peut avoir tous ensemble. Quand on prend en charge les adolescents séropositifs par exemple, comment peut-on les prendre en charge autrement, qu'en ayant justement une écoute et comment avoir cette écoute totale, globale à la fois dans ses problèmes, par exemple : concernant l'adolescent séropositif dans cette double problématique identitaire qui est l'adolescence et la séropositivité, comment peut-on douter du bien fait d'une écoute au sens analytique du terme ? Comment douter qu'on ne puisse pas avoir cette écoute de type analytique avant tout, vis à vis d'eux, c'est-à-dire, comment faire autrement ? Je serais tentée de dire, Je suis très gênée à répondre

car je ne veux pas faire le procès d'autres techniques, d'abord psychologiques qui à mon sens ne sont pas forcément « très cliniques » pour reprendre les termes de la pétition, mais je crois qu'en tant que psychologues, nous devons nous défendre dans le cadre de nos pratiques auprès des personnes séropositives. Ce type d'écoute, c'est-à-dire, une écoute qu'on pourrait dire de type analytique, mais avant tout une écoute auprès de notre population suivie, etc... S'il y a d'autres interventions à ce propos par rapport au débat que Danaé vient de lancer, on peut s'y arrêter. Mais comment peut-on être autre chose que clinicien, avec un écoute analytique, quand on est face à une population séropositive ? Voilà, je vous renvoie la question.

Christiane Charmasson

Je crois Danaé que la question que tu poses est un peu parallèle un peu annexe mais tout à fait essentielle. Il est vrai que le thème d'aujourd'hui « écouter transmettre » pose de fait : qu'est devenue la question de la transmission ? entre autre avec la pluralité des approches, surtout pour les psychiatres, de plus en plus marquée pour les psychiatres. Entre la psychanalyse qui est devenue un parent pauvre dans le cadre de la psychiatrie, que ce soit au niveau biologique, que ce soit au niveau cognitif, on se retrouve devant une pluralité d'approches qui est rentrée dans la sphère publique, qui est très médiatisée, avec des prises de positions qui sont effectivement de plus en plus délicates par rapport à ce sujet.

Je vous recommande un numéro de « Confrontation » qui était édité il y a 4 / 5 ans et qui s'appelle « Transmission ». C'était une collection faite par des laboratoires, mais qui était tout à fait intéressante et dans ce cadre là, on voit bien de quelle façon dans l'enseignement de la psychiatrie, dans la transmission de la psychiatrie, au fil des décennies la place de la psychanalyse est devenue une peau de chagrin.

Ce qui me paraît important c'est : qu'en est-il du désir de transmettre ? Est-ce qu'avec les avatars que vit la psychanalyse, est-ce que le désir de transmettre perdure ? De quelle manière dans l'enseignement de la psychiatrie peut-on repérer qu'il n'y a plus la moindre place pour la psychanalyse ?, et que c'est quelque chose qui ne peut s'articuler qu'avec un désir personnel et une aventure personnelle sur le plan analytique.

Chantal Brigaudiot

Je voulais poser une question à Nadine, mais je crois que Christiane a évoqué le second terme. La question que je me posais : est-ce qu'on peut enseigner l'écoute analytique à l'université ? C'est un peu ce que j'ai entendu, et cela me posait quelques problèmes, parce que je crois qu'il y a aussi le désir de celui qui veut transmettre et que écouter

analytiquement sans avoir soi même éprouvé quelque chose de cette difficulté de cure, cela pose question, pour moi en tout cas.

Nadine Trocmé

C'est vrai que j'ai la chance d'encadrer des étudiants dans le suivi de leur stage et d'être un peu là pour entendre ce qui s'y passe. Je crois qu'à ma manière de transmettre l'écoute, j'essaie d'être analytique, c'est peut-être en les écoutant eux même. C'est-à-dire, j'essaye toujours, quand un étudiant me parle de son expérience ou de son mémoire, d'avoir à son égard une écoute, un retour que je pense être le plus en adéquation avec ce que j'entends par écoute de type analytique. Ce que je voulais rajouter par rapport à la question de Danaé qui s'articulait à l'expérience de ces réunions, je pense que dans ces réunions, il y a ce courant là, il y a cette écoute là. Les psychologues sont là, on a vu qu'ils sont présents pour un tiers de ces réunions, savent justement transmettre cette chose là, cette écoute, cette réflexion que nous avons spontanément d'ailleurs, sans que ce soit dit, il y a quelque chose de spontanée qui fait que quand on réfléchi sur un cas clinique, une situation clinique, eh bien, on réfléchit tous dans le même sens. Et je dirais même pas seulement les psychologues, et c'est cela qui est sympa, c'est-à-dire que dans ces réunions, il y a beaucoup de médecins, et il y a aussi beaucoup de professions comme je l'ai dit de tout bord, qui eux aussi essaient d'avoir cette approche qui prend du temps, on prend son temps, on réfléchit, on se pose des questions, les questions ne sont pas toujours faciles à poser, parce que il y a beaucoup de remises en question. Par exemple : médecins, psychologues ont souvent parlé de situations cliniques difficiles pour eux, qui remettaient en question leur pratique, mais je crois qu'au sein de ce groupe, maintenant on se connaît suffisamment les uns les autres, du moins professionnellement, pour pouvoir s'exprimer librement et pour pouvoir justement les uns vis à vis des autres avoir cette écoute là. Je pense que, si entre soignants on a déjà cette écoute là, on l'a forcément ensuite, et se pose le problème de la transmission à mon sens, c'est-à-dire qu'on l'a forcément ensuite vis à vis de son patient.

Un médecin, par exemple qui vient au sein de ce groupe et qui réfléchit avec nous sur ce que peut être l'écoute d'un patient difficile, d'un adolescent par exemple qui ne prend pas son traitement, forcément, il aura une autre attitude d'écoute quand il le retrouvera en face de lui. Et là j'y crois vraiment à cette transmission là.

Danaé Skotida

A l'adresse de Chantal Brigaudiot, je pense que la cure soit le pivot de la transmission psychanalytique n'est pas à démontrer, c'est clair. La question ,c'est qu'est-ce qui de la transmission peut passer par d'autres vecteurs, parce que la cure c'est une situation à deux et on se doit quand même, de pouvoir en dire quelque chose, sinon de la cure mais de la

clinique. Tout le problème est là, en fait. Nadine, par ce que tu viens de dire, tu nous montres exactement qu'elles peuvent, ces autres vecteurs qui le titillent le désir psychanalytique qui lui donnent une issue et une envie au fait de continuité dans le sens clinique.

Nadine Trocmé

Tout a fait, et d'ailleurs ce désir, moi je le sens souvent de la part, par exemple du pôle médical dans ces réunions vis à vis de leurs propres pratiques. Par exemple, je sais que parmi ces médecins là, il y a des gens qui ont embauché des psychologues suite à la dynamique de ces réunions, il y a des psychologues qui ont été embauchés, parce que il y a des médecins qui ont eu envie de travailler avec des psychologues, parce qu'ils avaient envie que ce qu'on racontait, nous, en tant que psychologues dans ces réunions, cela se passe chez eux. Et ça aussi c'est de la transmission. C'est-à-dire, cette espèce de relation transférentielle qui peut se faire sur un psychologue et qui donne envie de travailler avec les psychologues. Je crois que tous les psychologues qui participent à ces réunions, n'ont jamais parlé de la difficulté de travailler avec les médecins qui étaient avec nous, parce que cela va de soi, parce que quand on travaille, quand on réfléchit ensemble, on travaille bien ensemble et après on travaille bien ensemble avec nos adolescents. C'est là, effectivement, tu as raison Danaé, c'est au niveau du désir, l'émergence de ce désir là.

Christiane Charmasson

Je crois qu'entre embaucher un psychologue, un psychologue c'est extrêmement vaste.... Je pense qu'il y a une multiplication des données et des pratiques nouvelles qui sont parfois hétérogènes, parfois antagonistes, que sous ces vocables là on peut avoir effectivement, des formations et des pratiques extrêmement différentes et il me semble qu'il y a par moment, ce qui circule sur le net, sur « sauvons la clinique », peut quand même donner à réfléchir sur le malaise qu'il peut y avoir dans la transmission de la pratique clinique entre les générations professionnelles et entre les différentes lignées de praticiens.

Etre praticien, psychologue, psychiatre, médecin de différentes spécialités ne veut pas dire pour autant qu'il y ait quelque chose qui soit uniforme, univoque. Je voudrais dire, puisqu'on s'attarde là, un peu sur le mot transmettre, c'est que transmettre c'est aussi reconnaître les limites de nos références et également accepter la nouveauté. Accepter l'imprévu et accepter également l'émergence de l'inconnu, c'est-à-dire, être disponible, c'est aussi reconnaître la place du temps. Je crois qu'on sera amenés à Strasbourg à évoquer cette place du temps, avec le thème : « Bien vieillir avec le VIH », et également tout ce qui est autour du travail de remémoration. Je ne suis pas sûre que nous puissions faire de la transmission si nous n'avons pas une référence profonde et fidèle à la

remémoration. Il en va de notre histoire, mais il en va aussi de ce que nous pouvons transmettre dans notre pratique et dans nos discours aux générations futures, nouvelles qui sont avec nous.

Richard va nous parler du deuxième groupe que nous avons mis en place dans la commission PSY-SLFS autour de ce que l'on appelle le « Bareback » qui est raccourci par le terme BB, donc b and b, je mettais dans un mail récent, que ce n'était pas « bed and breakfast » mais quelque chose qui le précédait...

Christiane Charmasson

Merci Richard, là aussi c'est vraiment une question qui reste délicate, complexe, que j'ai retrouvée récemment dans la réunion du comité scientifique de Sida Info Service.

Vous dire que tout cela est complexe, il faut vraiment que l'on prolonge cette réflexion, et par rapport à l'inquiétude que Richard nous donne par son départ programmé, certes, c'est de dire de quelle manière est-ce que nous pouvons dans le cadre de la commission Psy-SFLS, essayer de trouver un moyen de fonctionner qui soit plus pragmatique et plus efficace.

Nous nous voyons une fois par an, nous nous voyons une deuxième fois, lorsqu'il y a les assises et le congrès, et puis on essaye de faire articuler les différents temps de l'année avec nos travaux, nos recherches, nos préoccupations, mais j'ai vraiment le sentiment que c'est insuffisant et qu'il est important que l'on puisse trouver un mode de travail en commun, malgré le fait que soyons les uns et les autres très dispersés, à la fois sur le territoire Métropolitain, mais aussi, et elles sont très actives, nos collègues dans ce qu'on appelle maintenant les Départements Français des Amériques, n'est-ce pas ? Donc, tout cela indique la distance, mais de même que j'insistais sur la notion de temps, je pense que la notion de distance, là aussi, on doit en tenir compte et qu'il faut qu'on trouve une manière de mieux travailler ensemble et de façon plus constructive.

La parole est à vous pour commenter les différentes pistes que Richard vient de nous soumettre sur ce sujet qui est à la fois délicat et à la fois touchant et grave.

Sylvie Cheneau

Je voulais poser la question à Richard de savoir si on connaissait l'ampleur du mouvement Bareback.

Richard Salicru

L'ampleur du mouvement Bareback, je ne crois pas qu'on le connaisse vraiment, parce que cela dépend complètement de la définition qu'on va

donner au bareback. Il y a une petite proportion de gens qui sont dans le bareback pur, qui fera contaminer l'autre ou se fera contaminer avec l'idée de plaisir ou de fantasme, de sexualité ou de pulsion. Ce n'est quand même pas la majorité, loin de là. Après, il y a les gens qui prennent des risques, qui ne mettent pas de préservatif volontairement, soit parce qu'ils en ont ras le bol de le faire depuis 20 ans, soit parce qu'ils ont envie de connaître d'autres sensations, parce que cela les fait fantasmer, etc....mais peut-être pas forcément dans l'idée de se contaminer, et puis après je crois qu'il y a un gros groupe de gens qui en arrive à se dire que : ça ou autre chose, pourquoi pas. Il y a toutes sortes de justifications à la prise de risque et souvent des choses qui arrivent au dernier moment, quand on est sur le coup, quand on est dans la pulsion sexuelle et que les « enzymes » montent et qu'à ce moment là on se dit « tant pis, c'est trop bon ». Il y a peut être des études qui ont essayé de dégager des choses, mais je n'ai pas vraiment d'idées.

Sylvie Chesneau

Je veux dire au sein de la communauté Gay.

Richard Salicru

Je ne sais pas s'il y a des études, s'il y a quelqu'un qui a notion d'étude sur ce truc-là, je ne sais pas. Je pense qu'il y a effectivement, cela va du petit groupe, petit groupe qui doit représenter un certain nombre de gens, qui font vraiment du bareback, ce que l'on appelle le bareback purement, c'est-à-dire le plaisir de contaminer, tout le plaisir et le fantasme est autour de la contamination, et puis cela jusqu'aux personnes qui se disent : « je m'en fout, ou alors mieux vaut ça qu'autre chose ». C'est difficile de l'évaluer, on n'est pas dans quelque chose qu'on raconte tous les jours et qu'on chante de tous les côtés.

Sylvie Chesneau

Pour avoir fait partie de deux réunions de ce groupe, là aujourd'hui, j'étais assez surprise moi-même, qu'on n'ait jamais évoqué la question de la perversion dans ce groupe.

Richard Salicru

Hier on l'a évoqué à partir d'un fait divers qui vient de se passer en Hollande et que Greg nous a rapporté, qui était très intéressant, alors je vous le lis très rapidement :

« Il s'agit de trois personnages, trois individus hollandais qui faisaient des réunions entre eux, qui faisaient venir des mecs, puis après ils les droguaient avec du « GHB » et après non seulement les contaminaient

en ayant des relations sexuelles (on peut parler de viols), mais en plus à la fin de la relation sexuelle, prenaient dans une seringue leurs trois sangs et les injectaient dans les veines de leurs victimes. Ils ont comme ça agressé quarante personnes.

On a effectivement, évoqué le mot de perversion et on s'est beaucoup questionné effectivement, si on prend cette situation comme un paradigme, mais enfin comme quelque chose de tout à fait extrême, cela soulève bien la question du fantasme. Qu'est-ce que ces personnages, là c'est mon avis, ont pu réparer de leur propre contamination, de leur propre angoisse par rapport à la contamination en faisant une espèce de messe noire comme ça, où du coup cela devenait un outil presque magique pour créer quelque chose évidemment d'extrêmement violent, et extrêmement assassin ? On voit bien comment il y a, comme une espèce de chose magique, messe noire, un peu diabolisante, mais qui joue un rôle de pensée magique, et peut-être pour réparer leur propre honte, ou leur propre contamination.

Evidemment la perversion on l'a évoqué, mais on ne peut pas passer notre temps là-dessus parce que c'est un peu compliqué, parce qu'il n'y a pas que ça. C'est un sujet extrêmement complexe.

Julia Arthur

Ma question c'était le bareback, donc uniquement dans la communauté homosexuelle, on ne parle pas du tout de bareback chez les hétéros, parce que ?

Richard Salicru

Il y a peut-être des gens qui pratiquent le bareback chez les hétéros, moi je n'en ai pas trop connaissance, certainement cela doit exister, surtout du côté des hommes, parce que somme toute c'est une réaction qui semble être inscrite dans nos fantasmes les plus inconscients et les plus mortifères. Maintenant, c'est vrai que le phénomène sur internet, avec des sites bareback, des gens qui recherchent, qui proposent, etc...ça à priori, Greg tu me dis si je me trompe, cela à l'air vraiment d'un phénomène plutôt gay. C'est vrai qu'on a une façon d'exprimer dans la communauté gay, nos fantasmes, nos désirs, nos trucs à travers les sites, les films. C'est vrai qu'il y a une certaine liberté quand même dans la sexualité gay, ce n'est pas le cas dans la communauté hétérosexuelle : les choses sont plus tues, beaucoup plus cachées. On sait qu'il s'y passe des choses, encore que cela est en train de venir petit à petit, les gens se libèrent aussi, mais c'est vrai qu'on a dans la communauté gay, une certaine avance sur la libération sexuelle depuis les années 80.

Julia Arthur

Parce que moi je travaille dans un CDAG entre autres, et j'ai déjà été confrontée plusieurs fois à des personnes qui ont été contaminées par quelqu'un qui le savait, mais qui ne leur a pas dit parce que, c'était pas le moment... Du coup je me posais la question du cas que vous avez soulevé tout à l'heure en disant que c'était compliqué et qu'il n'y avait pas forcément de réponse. Mais, qu'est-ce qu'il en est justement, quel est notre rôle ? Est-ce qu'on a le droit d'intervenir ou pas ? Moi, je suis une toute jeune psychologue, je trouve ça très compliqué quand on a parfois des couples qui viennent où l'homme sait qu'il est séropositif, mais ne le dit pas à sa femme, et continue à lui faire des enfants.

Nadine Trocmé

J'aurai voulu intervenir sur le fait que la question que vous posez nous renvoi, ce que tu dis Richard, nous renvoi au désir inconscient, et je crois que le bareback tel que tu en parles, c'est quelque chose qui nomme un acte, un acte prémédité, de contamination. Mais, qui parmi nous n'a pas rencontré justement cette ambivalence chez les personnes séropositives que nous rencontrons, l'ambivalence de contaminer l'autre. Je me suis souvent interrogée avec plusieurs d'entre nous sur le côté très ambivalent, par exemple de certains adolescents qui n'arrivent, adolescents séropositifs contaminés par maternofoetal qui n'arrivent pas, arrivés à l'adolescence à utiliser les préservatifs. Il y a quelque chose effectivement à entendre là, on parlait d'écoute, à écouter et à entendre. C'est-à-dire que si on n'entend pas tout ce côté ambivalent, pas forcément très politiquement correct qu'un adolescent finalement inconsciemment se met à répéter (je dirai on est de plein pied dans la clinique du trauma), répéter sa propre contamination, la propre contamination de ses parents, puisque lui a été par exemple contaminé dans le ventre de sa mère, et le fantasme des enfants, d'ailleurs ils le disent très souvent : « mes parents se sont contaminés pour me faire ». C'est-à-dire l'enfant imagine toujours que la relation sexuelle de ses parents n'a pour but que la procréation. Et quand il est petit, ça c'est des choses, que j'ai souvent entendu, l'enfant dit : « moi j'ai été contaminé quand mes parents m'ont fait et ils se sont contaminés à cause de moi ». C'est tout un truc assez compliqué, mais quand ils arrivent à l'adolescence, c'est des choses qui souvent sont répétées, c'est-à-dire : « après tout eh bien si je contamine, mon père a bien contaminé ma mère, moi après tout... ». Ce sont des choses parfois qui sortent comme ça. Non pas qu'il y a un désir de contaminer l'autre, mais c'est quelque chose inconsciemment au plan du fantasme inconscient et ce sont des choses qui parfois, même sont très limites au niveau de ce qui peut en être dit, doivent nous interroger, sur ce désir à entendre de notre part sur ce désir parfois de contaminer l'autre parce que cela s'inscrit comme quelque chose de répétitif au niveau de ce qui a été vécu, (tu parles de violence) il y a effectivement aussi beaucoup de violence reçue chez un enfant séropositif, et après tout quand il est adolescent, cette violence il la retourne, pas forcément toujours contre les

mêmes, il peut aussi la retourner contre l'autre ; puisqu'on sait que les deux types de prises de risques essentielles chez l'adolescent, c'est quand même d'une part retourner la violence contre soit en ne prenant pas son traitement, et d'autre part retourner aussi la violence contre l'autre en utilisant pas le préservatif quasiment à 100 %.

Je crois qu'on doit se poser les questions, mais pas aussi tranchées : toi tu nommes les choses, bareback un mot qui nomme une certaine pratique, etc... mais je crois dans ce que nous entendons, il y a aussi tout un tas de désirs qui pourraient aussi s'appeler comme ça, être nommés de cette manière là ?

Christiane Charmasson

Je crois qu'il faut tout de même être prudents et ne pas associer de façon immédiate et directe, la pratique du bareback avec le désir de contamination...Ce sont des pratiques qui sont parmi d'autres pratiques, cela ne veut pas dire qu'il y a d'emblée associés, le désir et l'intention de contaminer. Cela peut se trouver effectivement quelques soient les pratiques, des plus classiques aux plus multiples.

Pour revenir sur les pratiques hétérosexuelles, je crois que celle que l'on rencontre qui peut être effectivement, une variante, c'est plutôt ce qui est autour de l'échangisme et la multiplication des lieux d'échangisme où la prévention est mal accueillie .

Si vous écoutez les gens qui travaillent à « Couples contre le Sida », ils vous diront combien ils ont du mal à être acceptés, à être reçus dans ces lieux qui se sont extrêmement banalisés dans toutes les régions, et on a maintenant des lieux d'échangisme qui deviennent, « le bal du soir », . On a remplacé le bal de campagne par des lieux où l'on a des échanges. Mais on ne peut pas non plus mettre en parallèle ce que sont les pratiques hétérosexuelles et ce que sont les pratiques gay, je crois que c'est sans commune mesure, je pense que c'est sans commune jouissance aussi, il faut resituer les choses. Si on est dans cette problématique, c'est que la jouissance des pratiques gay est très au delà des pratiques hétérosexuelles.

Alors, l'autre dimension qui me paraît ajouter, une dimension extrêmement complexe, c'est qu'on passe de plus en plus d'un lieu public, d'un lieu collectif, que sont toutes ces boîtes dans le cadre du SNEG avec la prévention estampillée par l'INPES, la DGS, etc ... et puis toutes les associations qui sont là pour faire des gestes généreux en distribuant du gel et des préservatifs, on est très au delà de cela avec le développement de rencontres sur Internet qui sont des rencontres individuelles ou des rencontres collectives, mais dans lieux privés, dans des appartements avec des plans, et des plans qui sont souvent très codifiés, annoncés à l'avance et sur lesquels le problème de la prévention est encore plus mystérieux, j'allais dire sur les modes de pénétration de la prévention

dans ces lieux. Vraiment, je crois qu'on est loin de ce qu'on pouvait imaginer par rapport à nos ressources.

Miguel Ange Garzo – Psychologue – ARCAT

J'avais quelques petites remarques par rapport au bareback, ce n'est pas lié uniquement au VIH, pour aller dans le sens de Christiane, je vous renvoie à l'ouvrage d'Hervé Guibert écrit en 1976/78 qui était « la mort propagande ». Hervé Guibert n'était pas encore séropositif et il écrivait tout à la fin des années 70 : « je rêve d'être porteur d'une maladie grave et pouvoir contaminer le monde entier ». Je renvoie à ses écrits avant l'arrivée du VIH.

Ce que je voulais dire par rapport à la question de la psychologue qui disait, si on a un couple séro différent, si l'un sait l'autre ne le sait pas. Il y a eu un avis du CNS (Conseil National du Sida) il y a environ une dizaine d'années environ...et de l'Ordre des médecins qui nous interdit de transmettre l'information au conjoint, parce qu'à ARCAT on s'était posé cette question de « non assistance à personne en danger ». Le CNS a dit non et notre travail est donc d'amener la personne à réfléchir à pourquoi elle ne l'a pas dit ... et l'aider à le formuler. Voilà ce que je voulais dire.

Par rapport à ce que tu disais Richard sur la fécondation, quelque chose que j'avais déjà abordé, il y a quelques années ici, avec un public dont je m'occupe qui est le public des personnes qui se définissent comme travestis et trans sexuelles. Ce sont essentiellement des personnes d'Amérique Latine et quand elles sont séropositives au VIH, elles disent qu'elles sont enceintes. Et quand elles parlent du virus, elles en parlent en terme de bébé. Donc, soit le bébé se porte bien, soit le bébé se porte moins bien.

Richard Salicru

Il y a un vrai travail à faire de ce côté là, c'est très intéressant. Je voulais juste rajouter que la difficulté de ce travail dans ce groupe là, cela a été à la fois, de trouver des définitions claires du Bareback et ce n'est pas clair effectivement, comme le disait Nadine, c'est extrêmement vaste... D'abord, il faut partir d'une définition et c'est difficile de la trouver, et puis après, est-ce qu'il y a finalement des liens entre le fait divers que je vous racontais tout à l'heure : c'est alors trois assassins qui font une messe noire et qui font un business très particulier et puis la personne qui va dans une back room et qui s'éclate. C'est très difficile, mais peut-être qu'il y a des liens inconscients qui viennent nous dire ces trois assassins, eux pervers de leur inconscient et leur pulsion inconsciente par rapport à celui qui simplement est de ballade, petit provincial à Paris et qui s'expose, parce qu'il rentre la première fois dans une back room. C'est très difficile à faire, et c'est une des difficultés, un des écueils sur lesquels on s'est heurté.

Jean Marie Lang

Je sais que nous sommes dans un colloque de psy, mais il y a une autre dimension qu'on n'a pas du tout évoqué sur ce problème, et qui me touche de près parce que j'ai deux protagonistes qui sont concernés, c'est la dimension juridique, avec la pénalisation de la transmission. Parce que j'ai deux patients qui sont incarcérés, embastillés avec tout ce qui se passe en prison à partir du moment où l'entourage carcéral connaît le motif d'incarcération. Alors on n'est plus dans le bareback, on est dans l'horreur absolue.

Et ce côté juridique, judiciaire, perturbe toute réflexion analytique sur le sujet, parce que c'est une dimension qui va aggraver la clandestinité, etc...

Daniel Grosshans – Strasbourg

Je voulais juste faire une remarque par rapport au désir de contaminer. Je fais une nuance, mais j'aimerais avoir votre avis sur la question de la différence entre le désir de contaminer et le désir de prendre un risque. Ce n'est peut-être pas tout à fait la même chose pour moi. Je ne sais pas si vous avez creusé ça.

Richard Salicru

On ne peut pas dire qu'on l'a vraiment creusé cette chose là, mais la question est effectivement intéressante. On peut trouver des différences entre les deux sans aucun doute. Il y a quelque chose dans la prise de risques qui est de l'ordre de l'excitation probablement, mais je crois que même si la prise de risques est éliminée de l'idée, dans le moment de l'excitation, la prise de risque n'est plus. On ne sait même plus quand on est en train de prendre un risque, on est en train de jouir, on est en train de prendre son pied et puis là plus rien de compte. C'est vrai, c'est très différent de quelqu'un qui va jouer un peu avec la vie et la mort parce qu'il y a des gens comme ça qui jouent entre la vie et la mort, parce qu'ils sont dans une recherche de la prise de risques, pas forcément de la contamination. Parce que quand la contamination arrive finalement, ils s'écroulent, donc ce n'est pas forcément ce qu'ils désiraient. Et puis effectivement il y a l'autre marche de l'escalier qui est vraiment désirée : avoir le virus en soi, qui peut être lié à des choses très différentes, soit parce qu'on est amoureux de quelqu'un qui est contaminé et qu'on veut partager cela avec lui. Ce qui arrive, ce qui est arrivé depuis longtemps, on le connaît, on connaît cette situation là, soit parce qu'on fantasme sur quelque chose qui paraît extraordinaire.

Nadine Trocmé

Je pense que la difficulté justement dans la conceptualisation de cette pratique et puis dans ta question, c'est que peut-être, il y a une généralisation du concept, il y a une pratique collective dont tu parles, et puis en même temps, ce que je disais tout à l'heure par rapport à l'inscription d'une répétition, d'un comportement donné dans une histoire donnée, c'est que nous sommes quand même face à des individus donc, nous sommes quand même en place d'une écoute singulière de cette pratique collective. Comment, c'est ça la difficulté, comment faire l'analyse de cette pratique alors qu'à mon sens, nous sommes face à des histoires très différentes, très singulières, je suis sûre que les individus donnent à tout cela des sens très différents. Quand tu parles de différence entre le désir de contaminer, le désir de prendre des risques, etc...moi, je pense effectivement, il y a certainement des lectures très différentes à faire selon les individus et c'est peut-être cela la difficulté de la définition de votre groupe et de votre entreprise, parce qu'il faut déjà déterminer ce qui se passe !

Richard Salicru

C'était effectivement, et je l'ai relaté dans mon rapport tout à l'heure, nous en tant que psychologues, on est à l'écoute d'individus et pas du groupe. Mais la question était ne pas ignorer ce qu'il y avait de sous-jacent à ça. Parce que le patient en plus ne nous parlera pas de cela forcément dans l'intégralité. Donc, le savoir nous ouvre un peu les yeux sur une réalité, même si en tant que psy on n'est pas forcés de s'en prendre plein les yeux de la réalité, mais chez tout patient en tout cas gay, il faut savoir qu'il y a quand même cette référence à cette activité collective, même si il ne se reconnaît pas, même s'il dit je suis hors ghetto, même s'il dit je ne suis pas dans la communauté, il reste quand même pour ne pas y être, il y est entre guillemets puisqu'il est gay et qu'il reconnaît et qu'il vit son homosexualité et même s'il est marié avec trois enfants, cela ne change rien. Il est quand même pris dans quelque chose et il se référera toujours d'une certaine manière à ce que, peut-être par une manière plus paradigmatique, la communauté fait ressurgir, fait émerger à cette pratique de groupe, cela ne veut pas dire qu'il en aura, peut-être qu'il n'aura aucune sexualité. Enfin, il y a des gens qui sont curés et qui sont homosexuels et qui n'ont pas de sexualité parce qu'ils ont décidé de ne pas en avoir, mais je crois que c'est important de savoir jusqu'où le fantasme gay peut aller ? Et après plus largement le fantasme des hommes. Cela dépasse « la gay attitude ».

Christiane Charmasson

On va, si vous le permettez, passer à la prochaine intervention, manifestement on s'était dit on va prendre 10 minutes pour chacun et puis vous tenir au courant des groupes pour que vous ayez envie de les

investir, de les nourrir et puis surtout dans la situation du dernier dont on vient de parler, eh bien assurer un relais, un relais pour que ce groupe perdure. Je pense que ce que vous en avez perçu et transmis là me paraît essentiel.

III – « CA SERT A QUOI DE COMPRENDRE ?... VERS UN SOIN PLUS INTELLIGENT »

- **Pr Jean- Marie LANG**
COREVIH Alsace

Essayer de comprendre ce qui se passe dans la tête de nos patients et de leur entourage est un pré-requis à la qualité des soins et à la qualité de la relation soignant-soigné.

Cette réflexion est partie d'un événement qui s'est produit à Strasbourg, il y a quelques mois, à l'initiative d'une firme pharmaceutique dans le cadre d'une opération de mécénat intellectuel, dont le thème était : « Comment transmettre et annoncer un diagnostic grave dans une situation transculturelle ? ». J'étais chargé du thème avec des collègues de l'université des sciences humaines. En réfléchissant à ma pratique, et à mon expérience je me suis dit que dès qu'un soignant annonçait quelque chose à un soigné, il était dans une situation transculturelle, y compris quand le soigné est un médecin parce qu'il est tout aussi difficile de prendre en soin un autre médecin, c'est-à-dire que la connaissance technique de l'interlocuteur ne supprime pas la subjectivité, l'inquiétude et l'angoisse.

Je vais essayer au travers d'une douzaine de diapos de mettre quelques points de repères dans le cheminement.

Pour illustrer cela, tout d'abord, et en rebondissant sur ce qu'a dit précédemment Nadine Trocmé sur les ados, je voudrais vous présenter un cas clinique qui montre que l'on peut passer des années à ne rien comprendre à ce qui se passe chez un patient.

Il s'agit d'un couple contaminé par transfusion de l'épouse au décours de l'accouchement de son dernier enfant en 1984. Le couple est suivi depuis 1986. Il se trouve que le monsieur est toujours allé moins bien que son épouse. L'historique des traitements pouvaient expliquer l'accumulation des échecs thérapeutiques malgré une bonne observance au moins jusqu'en 1996. Après c'est devenu plus compliqué, les nouveaux traitements auraient du marcher sauf mauvaise observance que le patient a mis des années à dire. Les contraintes des tri-thérapies historiques rendaient difficile de cacher la prise de médicaments aux enfants, surtout dans les périodes de vacances. Le papa a préféré sacrifier son traitement pour ne pas éveiller l'attention des enfants tout en protestant du contraire quand nous nous voyions et malgré la bonne relation que nous avons.

J'ai mis des années à comprendre. pourquoi il voulait absolument cacher sa séropositivité à ses enfants.

Quand les enfants sont devenus adultes, j'ai convaincu le couple de leur parler, ce qu'ils firent, mais le papa à contrecœur sans que je comprenne pourquoi.

Pour la suite du traitement, le mal était fait, les mutations de résistance s'étaient accumulées. Fin 2005 le monsieur allait très mal. Je le voyais dépérir comme celles et ceux des années « noires » qui perdaient des dizaines de kg et accumulaient les infections opportunistes avant de mourir. Les enfants ont souhaité pour la première fois me rencontrer pour que je les informe de l'état de leur père, c'était la veille de Noël 2005. C'est la jeune fille qui m'a permis de comprendre ce qui c'était passé dans la tête du père, quand j'ai dit la gravité de la situation, elle s'est effondrée « je me sens affreusement coupable, mon père va mourir à cause de moi... », «...c'est moi qui suis à l'origine de la contamination de mes parents ».

C'était donc cela que la père avait voulu éviter, que sa fille ne se sente coupable du drame familial.

J'avais le dossier des parents devant moi, et je me suis souvenu avoir expliqué quelque chose au couple au moment de l'annonce de la séropositivité en 1986 qu'il n'avait sans doute pas enregistrée étant sidéré par le diagnostic, ce n'était tout simplement pas le moment. Donc, j'ai pris le dossier et j'ai montré aux enfants ce que j'avais écrit à la première consultation de la maman : « contamination transfusionnelle suite à une indication erronée de transfusion. Transfusion inutile et donc abusive », il n'y avait aucune indication de transfusion sanguine et c'était une faute professionnelle que d'avoir transfusé cette femme à la suite de son accouchement. J'étais hématologue et transfuseur, donc, je savais à peu près ce que je disais. Je ne me suis plus soucié par la suite de redire cette information tant les choses étaient évidentes pour moi, je ne me suis pas plus soucié de reprendre le problème avec le papa pour vérifier qu'il avait intégré cette information capitale. Quand il faut 20 ans pour comprendre. ça invite à la réflexion !!!

Le droit de savoir et le devoir d'informer, en hématologie puis en cancérologie, est une évidence ancienne et dont on a mesuré l'efficacité en terme de qualité des soins, c'est maintenant devenu une obligation légale. A partir du moment où il y a droit de savoir pour la personne atteinte, il y a aussi droit de comprendre et devoir d'expliquer pour la personne qui annonce. La transmission des bonnes et des mauvaises informations jalonne l'accompagnement tout au long d'une maladie chronique. Aujourd'hui encore, je n'ai pas terminé de m'occuper des survivants guéris d'une maladie de Hodgkin des années 70 que je continue à accompagner, ne serait-ce que parce qu'ils sont exposés à un sur-risque de second cancer avec le temps. Donc, ce n'est pas propre au VIH.

De l'annonce du diagnostic, jusqu'à l'annonce de la mort c'est une préoccupation constante. Alors, comment ces informations sont-elles reçues par le sujet atteint, et quels impacts ont elles sur la qualité des soins, c'est le début de la réflexion. Et de la prise de conscience de la part du soignant.

Bien sur l'annonce d'un diagnostic et de la gravité d'un diagnostic représente un temps fort, emblématique du problème de communication, mais en fait ce n'est qu'un exemple extrême. C'est sûr que c'est un

moment relationnel particulièrement critique. C'est le kilomètre zéro d'un long voyage qui est l'accompagnement du soigné par le soignant et de la relation entre les deux. Cette annonce diagnostique ce n'est pas un problème transculturel entre blanc et noir, entre celui qui sait et celui qui ne sait pas, entre intellectuels et demeures. C'est une situation permanente, toute annonce de diagnostic est une annonce grave, inégale. On est dans l'inégalité la plus profonde. Il y en a un qui sait et pas l'autre, il y a celui qui règne du haut de son savoir, mais qui parfois dans le côté passionnel de l'instant se met à bafouiller et plonge dans la contre performance et la contre production la plus caricaturale, l'autre qui est en face, y compris quand c'est un docteur (je parle du patient), subit, encaisse, soumis ou révolté, en tout cas vulnérable et indiscutablement altéré, pour ne pas dire aliéné (je me méfie des mots devant un aréopage de psy !).

Tout cela est modulé par ce moment critique de l'annonce et modulé par le ressenti des deux interlocuteurs, parce qu'il y a deux interlocuteurs, et parfois le plus ému, ce n'est pas celui qui reçoit l'information, c'est celui qui la donne. Le transfert d'information est constant au cours de l'accompagnement d'une personne atteinte dans une maladie chronique.

Finalement, soigner c'est communiquer. Etre médecin, c'est l'art de savoir communiquer et, malheureusement, l'art de la communication n'est pas encore une unité de valeur dans les facultés de médecine, loin de là. En face, le patient est seul, confronté à l'information et à tout ce qu'elle révèle et suscite. Les phénotypes réactionnels à l'annonce sont multiples mais cachent et révèlent toujours quelque chose qui est un « mal aise » au sens propre du terme. C'est-à-dire que celui qui est en face ne se sent pas bien. Il n'est pas bien parce que ce qu'on lui annonce éveille des tonnes de représentations, et en matière de VIH/Sida on est gâté !!! C'est finalement « un grand dérangement » comme diraient nos amis Québécois.

Et puis, il y a ce malentendu sur l'idée de gravité. C'est quoi finalement un diagnostic grave ? Est-ce l'apanage de certaines spécialités ? De certaines maladies ? Est-ce la gravité définie par le « docteur » ? Non ! Pour un patient, est grave toute nouvelle annoncée, qu'il considère comme dérangeante pour des raisons qui lui appartiennent et qui fait intrusion dans sa vie. C'est à la personne atteinte et à elle seule de juger et de définir ce qui est grave ou pas. Le travail du médecin est d'apprendre à lire ce qui se passe dans la tête de son interlocuteur et d'essayer de comprendre, d'anticiper aussi quand règne le « non-dit ».

Il y a des approches, bien sur. Déjà quand on donne une information, quelle qu'elle soit, la moindre des choses est de posséder la maîtrise technique de son contenu, de dominer le problème. Un certain nombre de nos collègues ont la fâcheuse habitude de faire transmettre les mauvaises nouvelles par les adjoints quand ce n'est pas par les internes les plus jeunes. La maîtrise technique c'est quand même le senior. Les termes utilisés doivent être simples et adaptés, cela ne veut pas dire qu'ils doivent

être « bêtes ». Eviction du jargon, transparence et loyauté, toute la vérité, rien que la vérité, mais la vérité, même si elle fait mal. Avec un souci constant d'empathie... « qu'est ce que je ressentirais si on me disait la même chose à moi, ? », c'est la scène 1 de l'acte I de l'annonce, comment « JE réagis », avec une disponibilité permanente au dialogue ouvert.

Dans cette annonce, dans cette empathie, l'émotion n'est pas exclue. Mon bureau est couvert de kleenex. J'évoquais tout à l'heure la visite de ces deux jeunes gens à propos de l'histoire de leurs parents, « j'ai du changer ma moquette tellement elle était mouillée ». Nous étions au moins trois à pleurer.

Alors c'est vrai ! Il y a en plus le problème du temps. En matière de VIH/Sida, le luxe que nous devrions exiger de nos autorités, c'est de nous donner du temps. Ce qui à ma connaissance n'est pas vraiment très bien inscrit dans la T2A., ou plutôt trop bien inscrit, puisqu'on s'est rendu compte que donner le temps au temps cela allait coûter extrêmement cher et plus cher que le budget global. Donc le temps ne vaut plus rien, puisqu'il faut que toute la T2A rentre dans l'enveloppe globale d'avant !!! Rien n'a changé tout est pareil. Faut-il mieux comme dans le plan « Cancer » que le médecin « balance le diagnostic » et ensuite envoie la « victime » d'un bureau à l'autre, chez le psychologue, l'infirmière, le travailleur social, heureux de répondre ainsi à la consigne de l'approche globale du patient ! C'est à nous de donner du temps aux patients !

Finalement, pour reprendre la belle phrase de Fred SIGUIER, le père de la cancérologie moderne : « l'enseignement est un visage de l'amitié » (jolie formule qui ferait bien au fronton des facultés de médecine et de toutes les institutions d'enseignements, peut être plus signifiante que « liberté égalité fraternité » d'ailleurs) peut-on faire en sorte que la relation soignant/soigné soit aussi un 'visage de l'amitié' ?

Ca sert à quoi de comprendre ?

L'enjeu c'est la qualité d'une relation, toujours inégale, parce que fondée sur des savoirs différents, parce que ce qui est dit dépend de la manière dont on le dit, dépend du dire. On peut disserter longtemps sur « les mots des maux ». Monsieur est décédé d'une longue et pénible maladie, supportée avec beaucoup de courage.

Qu'est-ce cela cache ? Comme chose, comme non-dit. Le souci d'être compris, le souci de comprendre ce qui se passe dans la tête de l'interlocuteur. Tout cela crée la compréhension réciproque qui est le pré-requis du partenariat de soins. En fait, l'annonce c'est le premier acte thérapeutique. C'est la qualité de l'annonce qui emporte l'adhésion au projet de soins et c'est l'acte fondateur de la qualité et de l'efficacité des soins.

Alors, revenons aux sources : 'intelligence' vient du latin intellegere qui signifie comprendre et la racine d'intellegere c'est legere qui signifie lire. Donc l'intelligence ce n'est pas un quotient intellectuel, mais c'est avoir suffisamment d'expérience et d'acquis pour apprendre à lire et pour savoir

lire à travers de multiples langues, de multiples orthographes et de multiples caractères.

Alors, savoir dire pour mieux comprendre cela veut dire qu'il faut parler qu'il faut expliquer, qu'il faut questionner et qu'il faut aussi regarder les mimiques au fur et à mesure que les mots se déroulent, scruter le regard, épier le visage, la gestuelle et puis écouter ; écouter les manifestations verbales ou vocales de la personne qui est en face, parce qu'elles ont une signification et rebondir là dessus en permanence, de façon à réagir et à adapter. Bref, il faut s'attacher à ouvrir la tête pour essayer de comprendre ce qui se passe à l'intérieur. Avec l'expérience, on finit par savoir les questions que les personnes ont envie de poser mais n'osent pas, alors il faut les poser à leur place, anticiper les inquiétudes, les angoisses.

Voilà pourquoi c'est un enjeu, parce que la qualité de l'entretien d'annonce est une assurance pour la suite, parce qu'une annonce « baclée » est une catastrophe. En France, 25% des personnes découvertes séropositives ont eu leur diagnostic dans des conditions déplorables au point de ne plus vouloir revoir un médecin voire de fuir le système de soins. Autant de contre-performances qui entraînent des pertes de chances. Il est démontré que le monde de la santé est le premier secteur de stigmatisation et donc d'exclusion des personnes infectées par le VIH. On a un vrai problème de santé publique et de qualité de prise en soin. Alors si une grande banque internationale fait beaucoup de pub en ce moment sur la différence avec des slogans du type « nous sommes tous différents, notre devoir est de vous connaître et de comprendre nos différences pour mieux vous servir... », il doit être possible pour la santé publique de s'approprier ce type de démarche ! On en est loin ! Regardez ce qui se passe autour de nous !

Et puis, il y a les vraies différences culturelles qui rendent encore plus aiguës les approches et difficile la communication. Au travers des handicaps de langue, des précarités sociales, des vulnérabilités, des peurs aussi. Quand même les psychologues sont dépassés, alors peut-être faut-il appeler au secours et interroger les ethnologues, les éthologues et les sociologues pour essayer de comprendre la différence. Un bon exemple est celui d'une non congruence entre la nosographie médicale et la nosographie culturelle, quand les maladies n'ont pas le même sens, quand les mêmes MOTS ne disent pas les mêmes MAUX, même si c'est le même virus. Comment passer de l'image de mort que véhicule le désastre africain pour les migrants africains et l'image de vie que procurent les effets de nos médicaments modernes là où ils sont disponibles... « Dites moi avec vos mots ce que représente pour vous le mal que je vous annonce... ».

Pour finir quelques exemples en vrac :

1. Elle s'est retrouvée à 20 ans, et veuve et séropositive du seul homme qu'elle ait connu. C'était il y a plus de 20 ans, elle ne s'en est toujours pas remise. Sa hantise est l'image de son mari mourant, sa terreur est d'un jour mourir comme lui avec les mêmes maux, voilà ce qu'évoque pour elle

le mot SIDA. « Promettez-moi que je ne mourrai pas comme ça » me demande t'elle depuis, à chaque visite, à chaque coup de téléphone. Ma réponse a toujours été dans son sens même quand je n'avais aucune assurance de tenir ma promesse. Je suis moins parjure depuis quelques années. Elle a toujours besoin de ma réponse rassurante pour continuer sa vie. Et pourtant le problème n'est pas là. Elle est tellement obnubilée par les images qui la hantent qu'elle ne peut considérer le seul problème qui réellement menace sa vie et qui est un énorme risque cardiovasculaire qu'elle continue à alimenter par son tabagisme. Les discours de raison sur le sujet passent complètement à côté. Je n'arrive pas à lui faire accepter qu'elle se trompe d'ennemi.

2. Le docteur X et son refus de traitement : je l'ai connu interne, contaminé au cours de son travail, devenu chef de clinique et nommé PH juste avant son décès. J'ai fait le certificat d'aptitude physique. Comment accepter que ce médecin qui s'est occupé de personnes infectées par le VIH refuse tout traitement y compris après 1996 ? il a fini par me dire pourquoi : parce qu'il a entendu à l'internat des blagues salaces sur le Sida : les « pédés », les « camés », qui l'ont révdté au point de fuir, pour que sa femme et ses enfants n'entendent jamais parler de leur père en ces termes !!! Les mots qui tuent !!! C'est-à-dire que ce garçon est mort de la peur du regard de ceux là même qui ont vocation à soigner.

3. JM et son syndrome anxio-dépressif. Il est né d'un conflit de longue date, rien à voir avec le VIH ou presque, de l'idée qu'il se fait de lui même en son for intérieur, du conflit entre son miroir intérieur et son aspect extérieur. Tout a commencé par une opération parfaitement bien réussie d'un bec de lièvre mais dont il avait rêvé qu'elle allait lui donner le visage dont il rêve, qu'il n'a jamais eu et n'aura jamais. Bref, il se voyait après l'opération sans le bec de lièvre en jeune premier. Il n'a toujours pas digéré cet échec, le virus est devenu l'alibi de sa déception. On a mis du temps à comprendre.

4. Tout à l'heure on parlait de bareback et de risques sexuels. Z a un problème de couple. Il ne veut rien dire à son épouse de sa double vie de bisexuel pour ne pas être rejeté et stigmatisé. C'est une angoisse permanente. Mais sa vraie angoisse à lui, c'est de contaminer son épouse, que le préservatif, qu'elle accepte, craque. Cette angoisse conduit à de gros problèmes d'érection lesquels ont pour conséquence une difficulté à mettre le préservatif. C'est vrai que ce n'est pas facile de mettre un préservatif quand « l'objet » à couvrir n'est pas dans la configuration adéquate. Donc, cela crée des tensions énormes et ça gâche l'ambiance du moment. Z est rentré en abstinence et l'autre n'est pas forcément d'accord.

5. La nosographie culturelle : pourquoi est-ce que mes patients africains rentrent dans mon bureau et passent directement à gauche de la porte où il y a la balance ? Parce qu'ils sont obsédés par leur poids. En Afrique, quand on est malade on maigrit et quand on maigrit on a le Sida. Donc, quand on prend du poids on n'est pas malade et donc on n'a pas le Sida.

Des experts de Harvard estiment que dans 15 ans, en Afrique subsaharienne les maladies cardio-vasculaires représenteront les premières causes de décès, la mortalité liée au SIDA va diminuer avec la mise à disposition de plus en plus large des traitements efficaces. Comment expliquer à ces personnes, pour qui cette idée du poids est tellement ancrée dans le bien être, qu'ils s'exposent aux risques du surpoids, allez expliquer à une africaine qu'il faut qu'elle perde du poids !

6. Petit problème transculturel : Monsieur Machin et sa victimisation. Il est africain, il est revendicateur, il est incompréhensible, il refuse tout et veut en même temps tout et son contraire. Finalement on apprend que son arrivée en France était assortie d'un contrat avec les organisateurs du voyage et qu' il ne peut honorer sa part du contrat. Il n'a pas besoin de traitement. ses CD4 sont normaux, il ne comprend pas de n'être pas considéré comme un malade.

Pour terminer, n'oublions pas que la poursuite du développement de la pandémie du VIH/Sida, que les difficultés de la prise en soin des patients, ainsi que l'échec de la prévention, sont dus toujours et toujours à 3 facteurs qui sont le déni, la stigmatisation et la vulnérabilité. Ces 3 thèmes sont omniprésents, avec des phénotypes différents certes, dans toute relation soignant-soigné. A nous tous d'en identifier le poids et les conséquences.

DIAPORAMA

Ca Sert à Quoi de Comprendre ? Vers un Soins plus Intelligent

Jean-Marie Lang
COREVIH d'Alsace
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Ca sert à Quoi de Comprendre ?

Droit de savoir et devoir d'informer:
évidence ancienne en terme de qualité de soins
devenue obligation légale
Droit de savoir = droit de comprendre
Bonnes ou mauvaises, les infos jalonnent l'accompagnement tout au long
de la maladie
De l'annonce du diagnostic à la fin...
Comment sont-elles reçues par le sujet atteint ?
Quel impact sur la qualité des soins ?

Ca sert à Quoi de Comprendre ?

A l'annonce du diagnostic
Moment relationnel critique
Km 0 de la relation soignant-soigné
Inégalité la plus profonde
L'un sait, l'autre non
L'un « règne » du haut de son savoir ou « bafouille »
L'autre subit, encaisse, vulnérable, soumis ou révolté, seul
Le tout modulé par le ressenti des 2 interlocuteurs
Mais aussi à tout moment ensuite...

Les Constats

L'art de la communication n'est pas encore une UV en médecine
Le patient est seul, confronté à l'information
Les phénotypes réactionnels cachent toujours quelque chose : le malaise
Représentations
Peurs immédiates
Le « grand dérangement »

L'estimation de la « gravité » appartient au patient
Au médecin de savoir lire et comprendre

Les Approches...

Maîtrise technique du contenu de l'information
Termes simples et adaptés
Transparence et loyauté: vérité, rien que...toute la...
Souci constant d'empathie
Ouverture permanente au dialogue
Emotion pas exclue
« L'enseignement est un visage de l'amitié »
Et la relation soignant-soigné, alors ?

Ca sert à Quoi de Comprendre ?

L'enjeu : la qualité relationnelle soignant-soigné
Relation toujours inégale
Parce que fondée sur des savoirs différents
Ce qui est dit et surtout la manière de le dire (les mots des maux!!!)
Le souci d'être compris et surtout le souci de comprendre ce qui se passe
dans la tête de l'autre (les représentations)
⇒ compréhension réciproque et partenariat de soins
PREMIER ACTE THERAPEUTIQUE
⇒ adhésion aux projets de soin
⇒ efficacité des soins

Ca sert à Quoi de Comprendre ?

INTELLIGENCE ...
du latin intellegere qui signifie comprendre
racine legere lire
Savoir lire pour mieux comprendre
parler, expliquer, questionner,
mais aussi: regarder, scruter, épier, écouter,
et réagir, rebondir et s'adapter
S'attacher à « ouvrir la tête »

Les Faits

Annonce ratée
Accueil « peu accueillant »

Mauvais « contact » avec le soignant
Absence de réponse aux questions, à l'angoisse
Incompréhension, méconnaissance d'autrui
Inintelligence = défaut ou erreur de lecture
⇒ contre-performances et perte de chances
⇒ système de santé=premier facteur d'exclusion des soins pour le
VIH/SIDA

ET AUSSI !!!

Tous les talents d'une équipe
Les ressources psychologiques et les formations
⇒ « nous sommes tous différents, notre devoir est de vous comprendre
pour mieux vous servir... » (slogan publicitaire d'une banque
internationale)
Et tout le reste: identifier les besoins aux travers des différences
culturelles, des handicaps, des précarités, des vulnérabilités...
Nosographie culturelle vs nosographie médicale

Quelques Exemples...

A. et le souvenir de la mort de son mari
Ou comment se tromper d'ennemi
Le Dr. X et son refus de traitement
Ou la hantise du rejet et de la stigmatisation
JM et son syndrome anxio-dépressif
Ou le conflit entre miroirs intérieur et extérieur
Z. et son problème de couple
Le poids du « non dit »

Et d'autres encore...

Nosographie culturelle
Les africains, le poids et le risque CV...
Mr A. et sa victimisation
Ou le poids du contrat « avec le pays »
Chr. Et ses 2 enfants, son mari, son père...
Où tout finit bien mais que ce fut dur
ET toujours et encore et partout : le déni, la stigmatisation et la
vulnérabilité

THAT'S THE END, FOLKS!
Merci de votre attention
ET
TAKE CARE

- **Daniel GROSSHANS**
Psychologue clinicien
COREVIH Alsace

Etre à l'écoute, voilà une injonction qui a fait son chemin depuis une trentaine d'années dans le monde de la santé et se répand dans la société. Cette évolution s'appuie sur la notion de communication, mais il suffit de scruter autour de soi pour comprendre qu'il s'agit avant tout de la transmission de l'image de soi. C'est à cet endroit que la communication éclipse quelque peu et parfois beaucoup la prise de parole.

Les deux protagonistes pris dans la parole, entendez l'émetteur et le récepteur, sont obligés de s'en remettre à un tiers ; un code commun, ce qui fait que ceux qui croyaient être à deux se retrouvent à trois. Recourir à un code implique du sens, c'est là que la communication est au-delà d'une simple transmission d'informations.

Or dans le sens moderne, la communication est surtout transmission. Si l'on émet d'ici à là cela suffit, si le message passe de l'émetteur au récepteur les communicants ont fait leur travail. Pour se tirer un peu de cette affaire, c'est-à-dire le fourvoiement ou l'égarement, on peut se risquer au couple transmission-compréhension. Dans le domaine qui nous concerne, le soin, la communication résulte de l'expression du malade qui vient pousser dehors quelques sons, que le médecin de l'autre côté essaye d'entendre et de comprendre.

Le niveau auquel le médecin va se placer pour cette compréhension, c'est-à-dire le lieu qui donnera à l'émetteur la sensation d'avoir été compris ou non. Ces différents lieux vont être les référentiels, médicaux, biologiques, psychologiques, linguistiques, psychiatriques, psychanalytiques, cognitivistes, anthropologiques, sociologiques, ethnologiques etc... Donc deux éléments à prendre en compte : comprendre c'est prendre ensemble , opposé à la diversité à l'approche humaine c'est-à-dire la clinique.

Un peu d'histoire : - la clinique s'oppose à l'empirisme. –

Empirique :

1314 – qui ne s'appuie que sur l'expérience qui n'a rien de rationnel et de systématique. L'expérience est basée sur la sensation et la sensibilité.

1736 - la médecine empirique qui s'oppose à la médecine clinique.

Clinique : - Autour du lit même si c'est dans un bureau. -

La clinique implique la rencontre, la compréhension et la transmission. Le médecin part de la clinique et de son savoir, le malade part de son empirisme , ce qui entraîne une rencontre impossible.

Cette question empirisme - clinique émerge avec l'entrée du mort c'est-à-dire le cadavre comme objet d'étude, c'est le temps de l'anatomopathologie. nous allons voir ce que nous allons voir, c'est-à-dire que se cache -t-il dans les petits recoins du fonctionnement normal et

pathologique de l'être humain. Entendre, voir, toucher, voir dedans vous pourriez objecter que cela renvoie à de l'archaïsme, mais le voir au plus petit se passe aujourd'hui par exemple sous le microscope ou bien de voir sans ouvrir avec toutes les techniques d'imagerie. Quel est le but recherché ? Tout simplement mais c'est tout un programme débusquer un bout de réel du fonctionnement du corps, dans le VIH ce sera le nombre de CD4 ou la charge virale. La démarche clinique vise à isoler l'objet d'étude pour tenter d'en entendre, d'en voir, d'en sentir et de mesurer ce bout de réel.

Ce réel est aussi l'énigme de la vie et de la mort, et entre les deux nous aurons une transition ; la maladie. La clinique du VIH nous l'a bien appris non seulement dans sa composante anatomopathologique mais également dans le domaine socio-culturel par rapport aux représentations de la maladie et de la mort, malgré l'arrivée des trois thérapies efficaces et en n'oubliant pas que d'autres pathologies n'ont rien à envier au VIH en terme de transition entre la vie et la mort.

Alors écouter ne sera pas seulement cette caricature de l'écoute flottante psychanalytique mais c'est prendre en compte le sujet qui se débat avec les questions de l'énigme qui traversent la clinique en 4 points :

La clinique de l'acte ;

Des actes posés par les humains mais aussi les passages à l'acte, l'acte comme du psychique au somatique qui implique aussi des actes suicidaires et la dépression.

La clinique du sexe ;

Les pulsions, la différence des sexes, la différence entre sexualité et génitalité, qu'est-ce qu'une perversion ?, le masculin/le féminin.

La clinique de la mort ;

Qui nous ramène aux valeurs, le bien, le mal, le déni de la mort, les fantasmes de mort, la mort comme limite absolue, la mort comme limite au langage et l'articulation entre mort, amour et haine.

La clinique de l'espace ;

Le dedans, le dehors, la limite. L'articulation de l'espace, du temps et du lieu. C'est peut être une des cliniques les plus difficiles avec la question de la névrose phobique, l'objet phobique et son cortège d'ambivalence que nous retrouvons bien dans les représentations du VIH.

A partir de ces 4 points, je voudrai me risquer à la thèse suivante : dans le VIH ces 4 cliniques sont plus impliquées qu'ailleurs c'est-à-dire l'acte, l'espace, le sexe et la mort.

Alors si vous souhaitez y comprendre quelque chose vous comprendrez le point d'interrogation après « à quoi ça sert de comprendre ? ». Alors l'intelligence va peut être questionner la transmission non pas dans le colloque singulier mais dans cet ensemble de personnes différentes, de formation différente, de pré-supposés scientifiques différents qui essayent

de saisir ce bout de réel du patient, c'est-à-dire ce réel d'un être humain. Il fallait bien poser l'écoute et maintenant nous pourrions un peu nous torturer avec la transmission après l'écoute c'est-à-dire quoi ? à qui ? quand ? comment ?

La clinique médicale comme rencontre va mettre en jeu le rapport du particulier au général et ceci dans un lien thérapeutique c'est-à-dire avec ce signifiant générique : la guérison. C'est dans ce rapport du particulier au général que vient s'inscrire la demande du patient.

C'est à cette demande que le clinicien va répondre par son écoute et donc après l'interrogatoire l'anamnèse, l'auscultation et encore beaucoup plus il peut y avoir adresse à un psy. Psy et nous sommes les premiers à la SFLS, est une position d'économie de réflexion qui rassemblerait ceux qui s'occupent de cette part d'immatérialité de l'être humain : le psychisme avec son cortège de sensations, de sentiments, de cogitations, d'idées, de pensées, de fantasmes transformés en parole ou parfois seulement en mots et sans oublier les passages à l'acte. Chacun de ces psys aura ses référentiels, ses techniques, ses méthodes, ses objectifs, ses moyens, tout cela traversé par ses propres fantasmes. Il me semble qu'une des raisons majeures de l'adresse aux psys c'est l'émergence de l'angoisse, mais aussi les patients difficiles, la non observance et le refus de traitements etc..

Or depuis 1996, cette part d'angoisse devrait être réduite puisque le réel de la mort s'éloigne. Mais ce que nous entendons c'est toujours la question de la mort ... potentielle. Alors, l'un va combattre sur le plan du réel l'autre sur le plan de la représentation de ce réel : alors comment se transmettre quelque chose ?

Puisque les référentiels nous portent dans des champs tellement différents et les patients le savent très bien que nos champs sont différents, c'est là qu'ils déposeront sélectivement à l'un ou l'autre et qu'ils dévoileront au psychologue qui travaille sur la part psychique ce qui serait de l'ordre de l'implicite et le médecin restera plutôt du côté de l'explicite. Parfois l'inverse se produit aussi. C'est là que le problème de la transmission va se poser quand institutionnellement le psychologue et le médecin sont embarqués dans le même objectif : prendre soin du malade. La transmission serait donc de partager avec le médecin des révélations que le patient lui-même a encore peine à entendre mais dont le médecin peut mesurer les effets c'est-à-dire percevoir des symptômes issus de l'inconscient.

Alors nous pouvons y aller franchement ; transmettre quelque chose de ce travail psychique qui touche à l'inconscient ne serait pas problématique si nous n'étions pas sous le même toit, c'est-à-dire dans la même institution. Donc qu'as-tu à dire ?, rien ! c'est simple. Sinon, le psychologue se retrouve en position de distiller ce qui va être transmis alors pourquoi pas puisque l'eau de vie est du côté du spirite... spiritueux.

Questionner la transmission entre psychologue et médecin sur ce versant de la vie met en jeu un désir qui nous engage dans notre travail : nous ne voudrions pas perdre les patients. Nous voilà à nouveau confrontés à la

question de la perte et à ce dilemme que la vie est du côté de la perte et en terme de la transmission, je traduirai cela d'être un « non un ». Alors pour le bien du patient nous devrions transmettre, c'est la base de la multi, pluri, trans – disciplinarité.

Mais le travail psychique représente aussi un dévoilement, j'irai un peu plus loin, une mise à nu psychique et là nous nous retrouvons sous l'angle de la mise à nu : la mise à nu du corps par le médecin et la mise à nu du psychisme avec le psychologue. Ce qui serait alors la limite de la transmission serait cette mise à nu.

Je formulerais la question autrement « ça sert à quoi de se comprendre ? » Serait-ce un début d'intelligence ? Alors ce qui pourrait être mis en débat entre le rien dire et le tout dire : où serait la limite ?

- **Modérateur : Dr Maurice NEGRE**
Médecin somaticien – CHS Sainte Marie – Nice

Ce que je voudrais relever avant de vous laisser la parole, c'est que le Professeur de médecine que tu es Jean Marie a beaucoup parlé des docteurs. C'est amusant, parce que docteur, cela veut dire savant, et savant c'est forcément « supposé sachant » que vous connaissez bien. Et nous, dans notre démarche pratique quotidienne des médecins, parce qu'on peut nous appeler ainsi à la place de docteur ..., nous savons bien que nous ne savons pas grand chose. Souvent c'est amusant parce qu'il parlait des seniors et avec les plus jeunes auxquels nous sommes confrontés sur le coup des treize heures quand ils passent dans le bureau avant d'aller à l'internat et où on est supposé entre la garde montante et entre la garde descendante, faire les transmissions. C'est-à-dire, ceux qui ne vont pas bien et puis ceux du jour pour lesquels il convient de faire tel ou tel examen ou d'appliquer telle ou telle thérapeutique, il y en a toujours un, le pauvre, qui dit « j'ai pas compris ». Et là, inévitablement, ils sont gentils, parce qu'en plus ils savent ce je vais leur dire : « étonnes-toi quand tu comprends ». Et quand tu comprends c'est bien sur exceptionnel, mais même dans cette exception là, ce n'est pas sur que ce soit la compréhension, c'est tout au plus la compréhension du moment en fonction de la connaissance du moment. On appelle cela aujourd'hui les consensus, on appelle cela l'application des protocoles, des raisonnements, des groupes... en anglais ils appellent cela « l'évidence basadnetcine. ».

Je voudrais revenir à ce qui a été dit ce matin, à savoir l'importance de la prise en charge psychanalytique qui ne serait plus enseignée à l'université. Elle n'a jamais été enseignée à l'université. Elle n'a jamais été enseignée à l'université, elle est une démarche personnelle, elle est une démarche individuelle qui a un coût d'ailleurs semble-t-il, c'est ce qu'on m'a jours expliqué. On peut effectivement déplorer aujourd'hui, que peut-être cette branche de la médecine qu'est la psychiatrie, dans un déficit de reconnaissance ait toujours bien à voir avec le docteur et le savant pour être reconnus pour qu'enfin on puisse leur enlever ou nous enlever, leur enlever, je dis bien aux psychiatres cet entonnoir qu'ils ont sur la tête et cette moquerie à laquelle ils sont confrontés en permanence de la part des collègues de la médecine dure et qui les conduit probablement dans un déficit de reconnaissance à vouloir participer à des études multicentriques, en double aveugles contre sourds et muets qu'on a l'habitude en médecine dure d'opposer à, et là il y a la compréhension, là il n'y a plus de discussion ; Là fermons la parenthèse.

Si vous voulez bien adresser vos questions ou plutôt faire vos réflexions, parce que finalement les questions cela supposerait que les gens à la table aient un savoir que vous n'avez pas et ce n'est pas sur.

DÉBAT

Une participante

Je voudrais dire un petit mot à Mr Lang, « vous vous êtes trompé sur un point ». Je crois que vous êtes resté un grand enfant de cœur.

Jean Marie Lang

Merci ! Je transmettrai !

La même participante

Je voulais juste préciser, je suis issue de l'université Paris VII et la psychanalyse y est enseignée en long, en large et en travers.

Jean Marie Lang

Faculté de médecine, parler des études de médecine, je suis médecin c'est la référence aux psychiatres qui aujourd'hui, pour beaucoup, vont exercer cette spécialité sans avoir subi eux-mêmes l'analyse. C'est une source d'inquiétude pour moi.

Elisabeth Maître

Je voulais juste ajouter quelque chose à ce que Jean Marie Lang nous a dit. Il y a des dizaines d'années pour être étudiant en médecine, il fallait avoir un bac littéraire, c'était la voie royale pour rentrer, il y a longtemps, mais bon... Les choses ont beaucoup évolué, mais ce qu'il faut savoir, ce sont que les projets actuels sont de transférer les études de psychologie en faculté de médecine pour que les psychologues deviennent des auxiliaires médicaux, c'est-à-dire, tout simplement des psychiatres à bas coût qui ne travailleraient que sur prescription médicale pour des prises en charges essentiellement à but d'évaluation des patients, ce qui permettrait dans un dossier médical de cocher « prise en charge psychologique « oui » et je crois qu'on est dans ce monde là aujourd'hui.

Jean Marie Lang

Il semble qu'on vive dans le temps des auxiliaires de médecine ou des officiers de santé, c'est un thème récurrent, mais qui n'a rien récuré. C'est dramatique ... Merci d'avoir fait évocation à un possible bac littéraire, etc..., puisque je dois faire partie de la dernière génération qui a pu passer par là, entre un bac littéraire et bac philo. La tentation de faire

entrer des « auxiliaires de médecine », (et je mets cela entre trente six mille guillemets, vous l'aurez compris), par l'arcane du concours de première année de médecine, on voit déjà ce que cela donne avec les sage-femmes, les dentistes ce n'est pas important, mais avec les sage-femmes c'est un problème. Parce qu'il n'y aurait pas de raison, pourquoi on ne penserait pas aux infirmières aussi....

Si j'étais le législateur j'aurais des remords, mais si j'étais le bon Dieu aussi.... Donc on pourrait les mettre dans un même paquet...Non c'est dramatique !. On a absolument besoin de ce regard multiple, parce que c'est cela l'intérêt, des trans. multi, ect... c'est la multiplication des regards et la multiplication des écoutes qui devraient permettre dans un pot commun et sans qu'il y ait dévoilement. Parce que finalement, les psy ne communiquent pas beaucoup, quand on discute de cas particulier. Dans la traçabilité des dossiers, on voudrait bien de temps qu'il y ait une petite note que l'on découvre pas trois mois après que le problème sur lequel on merde a été solutionné par le psy qui a vu le patient trois mois auparavant et qui dans le fort intérieur de sa confidentialité personnelle et dans son jardin secret, voilà... Pour communiquer il faut être au moins à deux, donc je rêve de cette approche multiple et communicative, parce que qu'elle qu'en soit l'expérience elle m'a toujours parue bénéfique pour les patients qui ne se sont jamais sentis trahis dans ce genre de chose. Et puis, la culture qui est ce qui reste quand on a tout oublié, mais est-ce qu'on peut oublier des livres, pas grand chose.... C'est quand même ce qui donne un supplément d'âme à la mécanique qui attend toujours sa mystique comme dirait l'autre et je n'y suis pour « bergson ».

Une participante

C'est un point de détail peut être mal entendu, au sujet de l'annonce ratée dont vous nous avez parlé, annonce ratée du côté des médecins. Nous psychologues, en entendant le patient, et travaillant avec des médecins, certains médecins annoncent, pour les connaître depuis des années et toutes les formations qu'il y a eu à l'annonce de la séropositivité, il y a dix ans, quinze ans quand il fallait annoncer à « la chronique d'une mort annoncée », annoncent cela avec beaucoup de précautions, tout au moins ceux avec lesquels je travaille. Cela n'empêche que, quand même, je peux l'entendre du côté des patients, c'est une annonce complètement ratée. C'est pour cela que je ne savais pas trop sous quel angle les médecins peuvent annoncer un diagnostic avec beaucoup de précautions, beaucoup de délicatesse, si je puis dire et raisonner pour autant du côté du patient comme quelque chose d'insupportable et dans ce sens il nous disent: « il m'a annoncé ça avec sauvagerie ». Connaissant le médecin, il ne s'agit pas de dire que le patient raconte des salades, il s'agit d'entendre ce que nous dit le patient, c'est-à-dire que lui ne peut pas l'entendre, lui est à cette place là, mais cela ne veut pas dire que le médecin a été pour autant sauvage.

Donc, c'est pour cela que la communication peut être parfois un peu compliquée.
C'était un point de détail....

Jean Marie Lang

Non pas du tout ! C'est extrêmement important. L'annonce, même si elle est faite, comme vous dites avec beaucoup de doigté et de délicatesse, peut être extrêmement mal reçue, parce que ce n'est pas l'annonce elle-même, c'est ce qu'elle veut dire, on est bien d'accord.

Ceci dit et ceci étant posé, dans le vécu quotidien d'un CHU de Province, avec quelques centaines de confrères, l'Almanach Vermot de ce qu'il ne faut pas dire et de ce qu'il ne faut pas faire, commence à faire beaucoup de volumes. On disait tout à l'heure avec Maurice Negre, la mémoire du Sida se perd. La mémoire du Sida se perd parce que les générations se renouvellent et la perte de la mémoire fait qu'on a oublié les temps anciens et les problèmes que les temps anciens avaient posé. Et maintenant débarque (ce n'est pas une question d'âge) le Sida devenu une spécialité comme une autre, c'est-à-dire que cela se passe surtout ailleurs que chez moi. « *Je vous transfère Monsieur et Madame Machin qui posent un problème de Sida, merci de ce que vous voudrez bien faire pour lui ou pour elle* ». Comme quand on va en cardiologie, en pneumologie, en chirurgie, etc... En face de ça, les gens qui s'occupent de VIH/Sida sont de plus en plus des omnipraticiens. Parce que finalement on est devenu : centre anti-tabac, lutte contre l'obésité, santé cardiovasculaire, hépatologue, etc... cancérologue et on le sera de plus en plus. Donc, je m'attends à retrouver mon ancien métier.

Donc, on passe la main, y compris pour l'annonce du diagnostic, surtout quand on a fait un test à l'insu de la personne et qu'en fait le vrai problème apparaît quand le test négatif est classé dans le dossier, et tout le monde se contre fout si le test a été fait trop tôt par rapport à la prise de risque. Mais quand le test est positif, cela devient la panique..., la plus totale... Comment est-ce qu'on va expliquer le résultat ? D'abord le docteur qui dit ça, le médecin qui dit ça. Je dis docteur parce que le docteur a une image de marque de la part du patient. Donc, il y a une exigence et il y a un devoir de salubrité publique dans la santé publique. Quand on nomme quelqu'un, on va chez le docteur qui va vous soulager du mot, ou du mal ou des maux ou du mal qui vous affecte.

Il y a un devoir de salubrité publique et le test positif qui revient alors qu'on l'a fait à l'insu, il va réveiller la crainte d'un recours juridique, on n'en sort pas, puisque bien sûr, dans l'esprit de tout le monde on n'a pas le droit de faire de test sans en demander l'autorisation au patient, ce qui est totalement faux. Enfin, c'est une mauvaise interprétation. Donc, c'est moins l'annonce du diagnostic positif que de dire : *je vous ai fait un test que je n'avais pas le droit de faire et maintenant vous allez être fâché contre moi, donc je préfère que ça soit l'autre con qui est en face dans*

l'autre bâtiment qui fasse ce travail délicat. Donc, c'est de cela que je veux parler « du train qui arrive à l'heure » c'est bien, c'est de la routine, c'est du normal. Ce qui nous embête c'est tout ce qui dysfonctionne. Or, le sida est un épouvantable révélateur et amplificateur de ce qui ne va pas dans les structures et chez les personnes. Pas pour les gens qui se contaminent ou qui contaminent, mais la prise en soins. Et 25 ans après, ça énerve...Alors non seulement on a perdu la mémoire, mais en plus on n'enseigne plus ! Parce que finalement le VIH/Sida dans les études de médecine c'est deux heures de travaux dirigés, dans un ensemble de maladies transmissibles, infectieuses, tropicales, etc...

Comme les patients ne sont plus forcément dans des services conventionnels, il y a des spécialités qu'ils ne voient plus. Dans les six premiers mois de la découverte d'un Sida, il y a un sur risque de mortalité qui est lié à la pneumocystose, c'est un peu technique, mais je vous le dis. Mais pour nous, c'est un remarquable marqueur de dysfonctionnement. C'est-à-dire, que dans les services d'urgences, quand quelqu'un arrive essoufflé, fébrile, et tousse en sec, c'est le diagnostic de pneumocystose, qui venait à l'esprit en premier, il y a 20 ans, qui n'est même plus évoqué. Et donc, le retard au diagnostic prend trois à quatre semaines, le temps nécessaire pour que les gens rentrent en insuffisance respiratoire et aillent en réanimation dont ils ont toujours 90 % de risques de ne pas sortir debout, parce qu'il y a un cap qui est passé. Donc, la stigmatisation saine des mauvaises pratiques ne peut que servir à la bonne prise en soins. Mais c'est vrai qu'on assiste de plus en plus, en tous cas pas de moins en moins, à des annonces de séropositivité au burlesque quand on est à l'internat et au drame quand on regarde l'impact que cela a sur des personnes. C'est cela que je voulais dire. Si vous avez la chance d'avoir autour de vous des personnes qui travaillent bien, surtout ne quittez pas cet endroit, parce que c'est une grande chance. Non, c'est globalement assez catastrophique.

Une participante

Ils n'ont pas oublié l'histoire, je pense, pour le moment, l'histoire du VIH

Jean Marie Lang

Ceux qui travaillent bien vous voulez dire ?

Suite participante

Je ne peux pas me permettre de dire, bien ou pas bien.....

Daniel Grosshans

Je voudrais revenir sur la question de l'annonce. Ce qui me frappe, c'est vrai que l'annonce du diagnostic est importante, Mr Lang vous l'a montré. Je dirai l'annonce du diagnostic n'est que le début d'une histoire d'annonce, puisque régulièrement dans la clinique, et cela nous le retrouverons nous les psychologues souvent dans nos bureaux, c'est que chaque fois qu'ils vont voir le médecin il y a une annonce. D'accord, l'annonce du diagnostic primordial dans la pathologie VIH c'est la découverte de la séropositivité. Mais chaque fois qu'un nombre de T4 est donné, un nombre de charge virale est donné, c'est chaque fois un effet d'annonce, où effectivement le patient peut prendre le médecin en grippe, et je suis assez d'accord avec ça. C'est-à-dire qu'il va être celui sur qui va se poser un certain nombre d'affects, avec lesquels il essaie de se débrouiller et parfois, vous le savez tous, il y en a certains qui vont, lorsqu'il y a adresse au psy, qui vont faire la démarche d'aller chez le psy, mais qu'il y en a d'autres qu'on ne verra jamais. On ne les verra jamais, ils se débrouilleront comme ils peuvent et ils prendront le médecin comme ils peuvent et pour ceux qui peuvent. Et je crois, que là, la question qui est quand même assez importante c'est que cette annonce, je dirais va ponctuer... c'est pourquoi, je suis assez sceptique par rapport au VIH comme maladie chronique, parce qu'il y a toujours cette question régulièrement « d'annonce » qu'on retrouve peut être d'une manière plus marquée que dans d'autres pathologies.

Maurice Negre

Je voudrais que tu nous répondes quand même, que tu nous expliques les raisons pour lesquelles tu n'écris plus rien dans les dossiers. En tant que psychologue, c'est ma place de modérateur et en même temps je profite pour glisser le fait que dans « l'annonce », les médecins parfois, annoncent des bonnes nouvelles. Ils n'annoncent pas toujours des mauvaises nouvelles. Dans les bonnes nouvelles, il y a l'annonce de la séronégativité et l'annonce de la séronégativité c'est rarement les médecins qui la font finalement et là, vous avez une place, même si je le déplore, parce que bien évidemment l'annonce de la séronégativité aujourd'hui et cela va avec ce que tu disais tout à l'heure Jean Marie, on a perdu le sens de l'histoire. L'annonce de la séronégativité c'était très important surtout chez des personnes qui ont l'habitude de se faire tester tous les trois mois. Ce n'est pas aux psychologues que je vais dire qu'il y a peut être quelque chose dans le test des conduites à risques, du test de « son immortalité » que sais je encore et que peut-être il conviendrait autour de cette séronégativité, encore de rappeler au sujet qu'il n'est pas immortel et qu'il suffit bien d'une fois et ce sera peut être la prochaine fois. En attendant, peut être que Daniel Grosshans va nous éclairer sur l'intérêt qu'il trouve à ne pas correspondre et à ne pas donner les éléments pour la prise en charge de son patient.

Daniel Grosshans

Je vois qu'il y en a pas mal qui esquissent un petit sourire dans la salle... « Comment il va se débrouiller en tant que psy, pour répondre à une telle question », mais bon, surtout qu'elle est d'actualité dans nos services, je ne vous le cache pas.

Il y a un élément de réponse, je voudrais juste revenir sur ce que j'ai évoqué, c'est que j'ai fait un exposé un peu concentré, je voudrais juste développer la question que nous les psy, nous sommes parfois amenés à entendre des choses que le patient lui-même n'est pas encore capable d'entendre. C'est une question technique, c'est-à-dire qu'évidemment le travail pour entendre quelque chose de la part du patient, je vais quand même vous dire, je suis profondément convaincu que la psychanalyse est un outil tout à fait intéressant. Il ne faut pas le caricaturer toujours, c'est un peu délicat parfois. Mais qu'est-ce qu'on peut écrire de ce que le patient entend ? La base de notre travail, ce n'est pas de lui faire entendre quelque chose, mais qu'à travers le travail que nous faisons avec lui, que lui puisse découvrir quelque chose à entendre. Alors, je renvoie à toute la littérature psychanalytique et là on sort de l'écoute.

J'ai commencé mon introduction et j'ai dit « l'écoute est à la mode depuis trente ans dans le domaine des soins ». C'est que là, dans l'écoute, il y a une différence entre écouter et entendre. Qu'est qu'on a entendu ? Après effectivement, le mettre dans le dossier du patient ! Vous savez que la position économique aujourd'hui, c'est : « Daniel Grosshans, psychologue, la date, consultation à ce jour, point ». Ça on est tous d'accord, ça nous pouvons tous le faire, mais si nous mettons plus, qu'est-ce que nous allons faire. Qu'est ce que nous allons faire de cette relation. Alors là, je mets un peu mes deux pieds dans le plat, qu'est-ce que nous faisons de cette relation transférentielle qui s'établit entre le patient et nous ? Dans ce colloque singulier dans lequel il nous fait entre guillemets confiance : qu'est-ce que nous sommes, qu'est ce que nous pouvons pour transmettre quelque chose à un tiers ; C'est bien cela la question qui se pose. Alors, vous avez deux possibilités : vous dites rien « je suis psy orientation psychanalytique, je ne dirais rien, si le patient veut dire quelque chose lui-même, c'est tout ». Ou alors si vous vous risquez à autre chose, c'est-à-dire une certaine ouverture, c'est la question qui va se poser : pour quel bien du patient ? Est-ce que c'est pour son bien ; Alors évidemment tout le monde va dire « oui », mais pour quel bien ? On veut toujours faire plein de choses pour le bien du patient. Mais pour quel bien effectivement ? On va transmettre quelque chose, il y a peut-être des psy dans la salle qui ont une idée, Pour quel bien ?

Une participante

Je ne veux pas répondre à cette question, mais ce que je sais c'est que par exemple, avec mes étudiants de Paris V, je traite de cette question dans la question éthique, à savoir : quelle différence y a-t-il entre la

confidentialité et le secret professionnel, secret partagé. Je crois que nous, nous sommes en tant que psychologues dans quelque chose de l'ordre de la confidentialité, etc... mais le médecin certainement aussi, et est-ce que de cette confidentialité il y a quelque chose qui peut être partagé ou est-ce que tout est partageable ? Tout n'est pas partageable ? Et quelle est la différence entre confidentialité et secret professionnel. Parce que c'est la question que vous posez finalement.

Maurice Negre

Nous devons malheureusement laisser notre place. Je pense que cela peut être l'objet d'un futur colloque évidemment : « le secret médical partagé ». Nous sommes aussi dans la confiance, parce que vous savez, quand nous enlevons les culottes, et quand nous allons au delà, parce que nous touchons la personne, nous rentrons aussi dans l'intimité et nous avons aussi un partage qui est parfois très, très, très confidentiel aussi. On ne peut pas conclure, mais on peut entendre que dans l'intérêt partagé de ce qui peut servir le patient, en nous rappelant que peut-être cela, il ne faudrait pas le révéler à l'autre, parce qu'à cet instant là cela peut lui créer problème, l'objet étant noté, il demande la super confidentialité, si je puis l'exprimer ainsi, peut être une base de départ d'un consensus à établir, parce que la confiance dans la prise en charge multiple et commune, elle va forcément dans les deux sens. Parfois pour que vous puissiez parler à un patient, pour qu'il puisse vous faire confiance, il convient qu'il ait été vu aussi par les médecins qui l'ont « apprivoisé » par le soulagement d'une rage de dents, tout à l'heure il disait le dentiste : quand on a mal aux dents le dentiste c'est important.

Christiane Charmasson

Merci pour votre intervention à tous les trois. J'avais sollicité Maurice en connaissant ses talents de provocateur, et au fur et à mesure que Jean Marie parlait, je me disais : « eh bien Maurice il va en être pour ses frais ce coup ci », et il était absolument ravi d'entendre le discours du Maître. Merci à vous.

Concernant ce que l'on écrit « sur » quelqu'un et ce que l'on écrit sur un dossier, on évoque là sur les modes de communications connus que sont les dossiers papiers mais nous allons de plus en plus vers des dossiers patients informatisés. Je ne sais pas du tout quel est l'accès au dossier informatisé, mais pour un dossier papier les études qui ont été faites montrent qu'un dossier passe pendant le temps d'une hospitalisation au minimum entre soixante quinze mains, enfin que 75 personnes différentes ont eu accès au dossier.

Cela veut dire que lorsqu'on écrit quelque chose de notre pratique, qui va au delà de la clinique médicale, je pense qu'on prend beaucoup de responsabilités et qu'il est important d'être très économes et réfléchis sur

ce qu'on inscrit. On a le souvenir d'avatars lorsque des patients découvrent ensuite ce qu'on a pu écrire sur eux même avec une infinie délicatesse.

IV - ECOUTE ET TRANSMISSION DANS LES GROUPES DE PAROLE ... ET APRES ?

- **Yola COLSAËT**
Psychologue clinicienne
RVH SIDA 45 - Orléans

C'est un groupe de femmes séropositives dont l'histoire commence en 1997. Cinq ont constitué le noyau de base puis trois les ont rejointes, et enfin trois nouvelles; d'autres sont passées, ne se sont pas arrêtées, deux sont décédées.

Dans cet espace à la porte close, il s'est agi d'entendre ce cri de solitude, Une contamination secrète¹. L'écoute est arrivée ensuite, bien après, quand l'intérêt pour l'autre (le même) s'est aiguisé, ouvrant la voie de l'identification et, par là, du différent, du singulier. Parler/dire/se raconter/partager. Dire sa différence/s'observer méticuleusement. Trouver le comparable et l'incomparable.

Il y a eu ce CRI ...

à lire et à entendre, cet acte de témoignage, l'écriture du livre Hymne à la vie, hymne à l'amour, dont les ventes sont destinées à des associations de femmes africaines en lutte contre "La Grande Maladie"²...François a été le grand complice de cet enfantement

Nous, les femmes, sommes contaminées! (2000)

Je voudrais évoquer ici les cheminements de ces femmes qui ont poursuivi et poursuivent encore, et toujours autrement, leur temps pour la vie.

Il y a eu un autre CRI ...

Sont arrivés les interviews (journeaux locaux; Le Journal du Sida), puis les tournages (FR3, Les Maternelles, Envoyé Spécial). Pour chaque intervention, je sollicitais une réunion exceptionnelle du groupe, qui décidait ce qui était à dire, à montrer.

Dans l'avancée de ces propositions diverses et de ces briefings, le groupe a pu accepter qu' une femme se nomme, puis se montre à visage

1 Diffusion à Orléans en 1998, organisée par le RVHS 45 - Société Quatre à quatre - Réalisatrices du Film : Louise FAURE et Anne JULIEN

2 Film tourné par l' association peul d' Orléans, avec le soutien du RVHS 45, du CHRO et de l' ADAMIF (association d' aide aux migrants et leurs familles), en langue peul et sous-titrage français où se mêlent respect des traditions et souci de prévention du Sida. Mawngal nyabbuuli "La grande maladie" - Réalisateurs : Katante LENYOL et Marc ARNAUD

découvert. Une seconde femme a suivi ce chemin de dévoilement ...
Nous, les femmes contaminées, existons!

Un autre encore ...

Il y a eu ensuite l'appivoisement des corps qui ne tiennent plus debout "deux allumettes qui soutiennent un tonneau !" comme dit Stella. Réapprendre à bouger, à occuper un espace brusquement différent; accepter de se détendre (dé-tension) dans une autorisation à l'exploration des sensations corporelles et pouvoir approcher l'être-bien. Sylvie, notre "danseuse", a pu soutenir quelque chose de l'envie...

Nous, contaminées, sommes des Femmes!

Puis, encore un CRI ...

Elles ont été solidaires de l'expérience de santé communautaire : accueillir des femmes, principalement d'Afrique sub-saharienne, contaminées et marquées par des parcours migratoires destructurants. (2004).

Le partage s'est instauré autour de la fabrication de repas typique de chaque pays d'origine des femmes du groupe "Lisanga"³.

Une transmission s'est établie autour des naissances : les femmes enceintes sont protégées, choyées. L'enfant est accueilli à Lisanga ("présenté") et chacune donne ses "recettes" pour contourner les questions intrusives du non-allaitement ou du traitement préventif à donner à l'enfant. Surtout, elles remplissent l'attente du verdict (sérologie au VIH du bébé) par du BON - repas, chants, confection de vêtements, de bijoux etc ...

Certaines de ces femmes ont rejoint le groupe de paroles et celui de relaxation

Nous, les femmes contaminées, voulons vivre et donnons la vie!

... et si on en jouait ? ...

L'idée d'une mise en spectacle a germé, autour de fous rires, de jeux de mots, d'un virus en cage et de mappemondes. L'humour venait donner une distance aux cris, aux colères, aux rages.

Les scènes furent sarcastiques, quelquefois caustiques, souvent drôles. On acceptait le grand mélange, toute couleur, toute catégorie, professionnels compris. Le virus était matérialisé par une lumière rouge; il avait une voix off d'homme : un être-là avec lequel il fallait "composer". Mais une éprésence extériorisée, possible à regarder, à invectiver, à soumettre à la question. Le spectacle, accompagné de chants et de danses, s'est terminé par une invitation au public à faire la fête sur scène. Les femmes "actrices" étaient toutes masquées; l'explosion finale a permis à la plupart de se démasquer et de faire participer toutes les femmes

3 Lisanga signifie Ensemble en lingala

présentes de Lisanga et les enfants, au sons de leur chanson et des bongos... (2006)

Ces cheminements du groupe amènent à des retrouvailles singulières : réappropriation du corps, de la vie, du virus ... Chacun le sien.

Le groupe de paroles et Lisanga portent la même référence : cette transmission de la prévention entre soi, vers les autres, vers le monde...

... un nouvel intérêt se fait jour: c' est une REVENDICATION
s' intégrer à cette société, en faire partie, en faire sa part, travailler...

- **Heidi BEROUD-POYET**
Psychologue clinicienne
CH Simone Veil – Eaubonne (95)

Je suis psychologue clinicienne à l'hôpital d'Eaubonne dans le Val d'Oise dans une consultation spécialisée dans l'accueil des adultes séropositifs. Lorsque j'ai pris mon poste il y a 5 ans, la consultation, en place depuis 1995, n'avait jamais proposé aux patients de se rencontrer dans le cadre d'un groupe.

J'ai proposé à l'équipe de tenter l'expérience à partir d'un projet de séances de relaxation. J'avais déjà une pratique avec des patients atteints du VIH et je savais que le vécu de la séropositivité dégrade profondément l'image du corps. Il me semblait trouver avec la relaxation un cadre qui les aiderait à renouer avec ce corps « déficient » atteint par le virus.

L'idée sous jacente était de les aider à se réapproprier un corps malade souvent rejeté depuis l'annonce du diagnostic et de retrouver par eux même, en eux, le plaisir d'en prendre soin et même de se faire du bien.

Les techniques de relaxation, de respiration, pouvaient aussi leur permettre de soulager leurs angoisses liées à la maladie et de favoriser la détente, le relâchement des tensions et pour certains le sommeil.

Au-delà de la détente musculaire, la relaxation était aussi envisagée comme un support à la verbalisation du vécu corporel.

Aussi, par l'approche groupale, un autre objectif visait à leur donner la possibilité de sortir de l'isolement et du secret en rencontrant d'autres patients.

Les séances se sont déroulées en 2 temps:

Une heure était consacrée à la relaxation avec une sophrologue et une demi-heure à un temps de verbalisation auquel je m'associais.

J'ai monté ce projet avec le soutien d'Ensemble contre le Sida. Pendant deux ans et demi, une sophrologue est venue chaque semaine à la consultation pour animer des séances de relaxation.

Pour différentes raisons, ce projet a été difficile à maintenir:

-J'ai compris que les patients séropositifs avaient du mal à venir rencontrer d'autres patients et que pour certains même il n'en était pas question.

-Pour la plupart aussi, une séance de relaxation ne prenait pas beaucoup de sens dans l'enceinte de l'hôpital, lieu vécu comme anxiogène lors de leurs consultations déjà très régulières pour suivre l'évolution de la maladie.

Ce groupe a quand même fonctionné avec quelques fidèles mais il arrivait trop fréquemment que la sophrologue assure des séances pour un ou une seule patiente.

Au bout de deux ans et demi, j'ai pris la décision de ne pas demander le renouvellement du projet auprès d'ECS. L'investissement en temps pour le montage du projet chaque année et le coût financier pour ECS devenait trop lourd compte tenu de la fréquentation épisodique des patients aux séances.

Au cours de cette expérience, plusieurs patients ont apprécié de se retrouver régulièrement pour échanger entre eux. Et certains ont proposé l'idée du groupe de parole.

D'autres patients en avaient déjà fait la demande, regrettant que les espaces de paroles en groupe s'organisent le plus souvent dans les associations parisiennes.

En tant que psychologue, j'avais moi aussi le désir d'animer un groupe qui donne la possibilité aux patients de se rencontrer, de se connaître, et de sortir des regards furtifs et anonymes de la salle d'attente.

J'avais cette envie que le vécu de la séropositivité puisse être dit dans le cadre de la consultation, que les patients aient la liberté de le partager dans un lieu sécurisé et bienveillant.

Pour commencer, j'ai organisé une réunion avec les patients qui portaient cette demande et nous avons convenu ensemble de proposer un groupe de parole thématique aux patients au rythme d'une fois par mois.

J'ai ensuite travaillé de mon côté pour construire le cadre du groupe.

Ce groupe s'est construit sur les bases suivantes:

-C'est un groupe thématique : Chaque fois que le groupe se réunit, un thème en lien avec la maladie est abordé.

-Ce n'est pas un groupe d'information, ce sont les patients qui transmettent leur expérience aux autres.

-C'est un groupe ouvert : Le groupe peut intégrer de nouveaux membres ou en perdre.

Le rythme du groupe est d'une fois toutes les cinq semaines environ. Le groupe dure 1h30 sur l'heure du déjeuner.

Nous offrons aux différents participants un café et des gâteaux que la consultation finance grâce au don d'une association locale sur ce projet.

Pour diffuser l'information:

Des affiches sont disposées dans la salle d'attente de la consultation.

Ce sont aussi les différents membres de l'équipe qui invitent les patients à participer. La secrétaire y contribue avec énergie. Et j'ai remarqué nettement une plus grande participation des patients qui sont déjà engagés dans un travail de parole et d'élaboration avec la psychologue ou la psychiatre de l'équipe.

Le groupe commence à chaque fois par un tour de table où les personnes se nomment et disent depuis combien de temps elles connaissent leur séropositivité.

-A la fin du groupe, les patients définissent ensemble le thème qu'ils souhaitent aborder la prochaine fois.

-En tant que psychologue de la consultation, je suis l'animatrice du groupe et aucun des patients ne doit prendre ma place.

Pour la gestion du temps, j'essaie d'accorder un temps de parole équivalent pour chaque patient et de ne pas être happée par le discours de l'un ou l'autre mais bien sûr en laissant la place à des récits qui, par leur charge émotionnelle requièrent plus de temps d'élaboration.

Le groupe fonctionne aujourd'hui depuis 2 ans.

Si je pense à la « transmission » dans ce groupe, me vient spontanément en tête une patiente qui est un peu « la mascotte » du groupe et le fil conducteur du groupe de relaxation au groupe de parole.

Françoise

Françoise a 49 ans et connaît sa séropositivité depuis plus de 20 ans. Elle est suivie à la consultation depuis 1996. Et elle est sous traitement antirétroviral depuis 1997.

Elle est en couple avec un homme séronégatif, et ils ont eu ensemble une fille séronégative qui a aujourd'hui 13ans.

Françoise ne travaille plus en raison des complications liées aux effets secondaires des traitements.

Lorsque nous avons proposé les séances de relaxation, elle a fait partie des premiers participants et elle est venue par la suite très régulièrement jusqu'à la fin du projet. Elle a trouvé dans le groupe de relaxation une place particulière parmi les autres patients. En effet, Françoise a connu les péripéties et les déconvenues du suivi des « années-sida » avant l'arrivée des antirétroviraux et ne manquait pas de le rappeler lorsqu'elle se présentait. Elle s'est donc vite imposée comme une « routarde » du VIH.

Lorsque la relaxation s'est arrêtée, elle s'est montrée enthousiasmée par la perspective du groupe de parole.

Elle a participé aux réflexions autour des thèmes à aborder et a été une force de proposition très riche tant elle souhaitait échanger avec d'autres patients.

Françoise maîtrise parfaitement l'informatique et elle m'a proposé spontanément de réaliser les affiches pour informer les patients en salle d'attente.

J'ai accepté sa proposition et désormais, chaque affiche produite est attendue par toute l'équipe tant l'investissement de Françoise dans cette production est réussi.

En acceptant sa proposition, j'ai aussi accepté que Françoise transmette par ses affiches ses propres représentations en fonction des thèmes abordés. Au fil du temps et des affiches, on peut remarquer qu'elle s'autorise à évoquer davantage ses propres associations avec le thème abordé. C'est pour le groupe un support de qualité.

On peut se demander quelle expérience de transmission Françoise a vécu dans ce groupe :

Françoise exprimait souvent son regret de ne pas avoir la force de « faire quelque chose » dans une association de lutte contre le sida.

Très clairement, le groupe lui a permis de mettre son savoir au service de l'association (affichage) et de transmettre son expérience du VIH aux autres patients.

Elle est identifiée par les membres du groupe comme « l'aînée » et de cette place elle transmet l'expérience de la VIE avec le sida. Françoise est la séropositive rescapée, elle vit plutôt bien, elle a eu un enfant, elle est en couple, elle transmet l'espoir d'une vie possible avec le VIH.

Elle est narcissisée à cette place dans le groupe, le groupe lui a donné une place valorisante de « modèle de courage dans l'épreuve de la maladie », elle a des bénéficiaires certains à occuper cette place. Et sans aucun doute, le groupe et moi-même avons des bénéficiaires évidents à la compter parmi ses membres justement parce qu'elle porte ce message de vie.

En conclusion, je dirais que le groupe est par essence un lieu de transmission, transmission d'empathie, de soutien, de conseils, d'émotions, mais aussi d'agressivité, de rejet, d'incompréhension... On y retrouve tous les enjeux des projections et des identifications vers l'autre semblable et différent à la fois.

C'est à partir du corps malade, du semblable de la maladie, du « virus partagé », que la transmission de la différence et des mots peut avoir lieu.

Et cette verbalisation permet aussi aux patients d'avoir un nouveau regard sur leur corps, leur propre corps, à la fois proche et différent de l'autre.

Cette expérience de transmission aux autres leur permet de parler de leur corps propre et non pas de celui confié à l'institution soignante. C'est par là une véritable expérience de « transmission- réappropriation. »

Le groupe est un va et vient entre la réalité extérieure et la réalité interne de chaque patient. C'est une transmission constante du dedans au dehors et du dehors au-dedans.

Le corps est lié à la vie psychique, il transmet son histoire, ses souvenirs, ses désirs, ses fantasmes, ses angoisses, ses images, et ses mots.

C'est une expérience qui parle d'une transmission du corps à la psyché et de la psyché au corps.

****Définition****

Transmettre signifie couramment « faire parvenir d'un lieu à un autre ». C'est un terme que nous connaissons bien nous les spécialistes du VIH. L'étymologie nous renvoie au latin *transmittere* qui signifie « envoyer de l'autre côté, faire passer au-delà, remettre ».

- **M. Lise SALIN-HAUSSWALD**

Psychologue clinicienne

Centre Hospitalier de la Basse-Terre – Guadeloupe

Invitée à réfléchir sur la transmission dans les groupes de parole, avec deux autres collègues, nous saisissons avec plaisir cette opportunité pour partager avec vous notre expérience respective de pratique groupale et vous transmettre au travers de nos trois témoignages, différentes expressions de désir et de force de vie, mais aussi l'acuité des écueils rencontrés fournissant matière à réflexion.

Travaillant au CHBT⁴, en Guadeloupe, dans un service de pédiatrie générale et de médecine infectieuse, notre expérience est marquée par la clinique de l'accompagnement des bébés, des nouveaux-nés prématurés, mais aussi des enfants atteints de maladies infectieuses, comme le VIH/Sida, ou encore de maladies chroniques graves, parfois mortelles, comme la drépanocytose et la mucoviscidose.

En réfléchissant à cette intervention, C'est l'image de la détresse d'une enfant qui apparaît et qui s'impose à nous, celle d'une petite fille séropositive de 5 ans, écrasée par le poids du secret, du silence, du non-dit, condamnée à la solitude et à l'isolement psychosocial.

C'est le vécu dramatique de cette enfant orpheline, qui a perdu ses 2 parents, emportés par l'épidémie du sida, qui a vu partir sa mère qu'elle a accompagné jusqu'au bout du chemin.

C'est cette histoire qui a fait battre le cœur de notre réflexion et qui nous a poussée à réagir.

En effet, que faire devant l'acuité d'une telle souffrance indicible, si profondément intériorisée et refoulée ?

Que dire devant la violence de cette confrontation psychique de l'angoisse de mort devenue si envahissante? Et comment faire en sorte que cette enfant ne soit pas engloutie par cette grosse vague de chagrin menaçant sa survie?

Comment l'aider à sortir de ce silence mortifère?

Comment l'aider à vivre le deuil, la maladie, dans une continuité sécurisante ?

Qu'est-ce qui rend finalement si difficile, l'écoute d'une enfant qui risque de mourir?

C'est autour de toutes ces questions que surgit l'idée du groupe et le projet de créer un espace de rencontre et d'expression libre, où les enfants pourraient alors extérioriser leur souffrance, leurs affects, en rapport avec la situation traumatisante imposée par la maladie chronique grave.

L'objectif général de cette expérience de groupe était pour nous de réduire l'isolement des enfants et des adolescents séropositifs; de leur permettre d'aborder leur problématique et de s'exprimer sans crainte au sein d'un groupe bienveillant, dans une atmosphère d'écoute, de non- jugement et de respect de la confidentialité.

Notre désir de constituer ce groupe de parole à visée thérapeutique et exploratoire, composé uniquement d'enfants atteints de maladie chronique

⁴ CHBT : Centre Hospitalier de la Basse-Terre

grave, a été entendu et s'est vite concrétisé avec la mise en place d'un dispositif, grâce au soutien du médecin chef de service, d'une part, et d'autre part, à l'adhésion des parents.

Au cœur de ce dispositif, un espace bien cadré, codifié et sécurisant, capable d'absorber les angoisses archaïques exprimées par les enfants, est rapidement construit et posé. Cet espace de confiance, en l'occurrence notre bureau, pouvant accueillir un groupe restreint d'une dizaine d'enfants est alors choisi. C'est un lieu sécurisé d'échange, d'interaction et de partage, un lieu qui offre la possibilité de s'exprimer spontanément sur ce qui est vécu, ressenti dans son corps et dans tout son être, par rapport à la maladie et aux effets inhérents au traitement. Un lieu pour déposer ses angoisses, ses émotions, ses inquiétudes, articulé à un espace-temps d'une durée de 2 heures, pour « se dire » pour s'entendre, pour se connaître, pour élaborer, penser, imaginer autour de la souffrance psychique et redonner sens à l'expérience toujours cruelle de la maladie et de la mort.

Ainsi commence l'histoire de cette expérience de groupe d'enfants: une histoire qui se raconte en 2 épisodes et qui débute en 1999.

Au cours de la première période qui correspond à une tranche de vie de 4 ans, le groupe va évoluer avec un effectif total de 9 enfants âgés entre 6 ans et 9 ans.

Au départ, il sera composé de 3 enfants séropositifs, 3 enfants diabétiques, une enfant drépanocytaire et une autre souffrant de mucoviscidose. Le groupe sera mixte avec la présence de 2 garçons diabétiques. Les séances seront programmées à chaque congé scolaire soit une rencontre de groupe de 2 H, tous les 2 mois à peu près.

A cette époque, la consigne de l'association libre que nous avons prévue semblait vraiment inadéquate pour ce public d'enfants: la mise en mots paraissait difficile pour tous les enfants. Aussi, pour les encourager à s'exprimer et favoriser les échanges, nous avons déplié l'idée du dessin qui s'est révélé très « parlant ». En mettant à leur disposition du matériel plus adapté comme feuilles de papier, crayons de couleur, feutres, gomme, ils pouvaient plus aisément inscrire dans leur production graphique, les traces perceptibles d'une parole inconsciente, ou encore révéler les couleurs de leur état émotionnel du moment. En effet, certaines esquisses nous sont apparues très éloquentes, particulièrement celles sur la représentation de la maladie. Le recours au mime, sera un deuxième point d'appui proposé, pour figurer leur vécu au quotidien de la maladie et donner forme à l'indicible.

C'est par le biais de ces divers médiums: formes d'expression beaucoup plus ludiques et plus faciles que l'unique verbalisation, que les enfants vont investir séance après séance, ces différents moments de dynamique de groupe et participer au travail d'élaboration du groupe. Ainsi, au fil des années, va se développer au sein du groupe une véritable écoute: écoute de la différence, de la souffrance, écoute de la résonance affective et fantasmatique. Progressivement, la parole va se libérer et graduellement, des liens forts de confiance, de sollicitude vont se tisser entre les enfants. Par ailleurs, autour de cet objet commun que représente la maladie chronique, va se construire peu à peu une enveloppe groupale protectrice avec une réelle fonction de contenance psychique.

La seconde période allant de 2003 à nos jours, est surtout marquée par un investissement du groupe plus aléatoire. Les enfants ont grandi. Aujourd'hui, nous avons à faire à des adolescents qui semblent plus tournés vers le monde extérieur. Comme les autres jeunes de leur âge, ils ont surtout une propension à l'agir et à la prise de risque pour exprimer leurs problèmes internes. Dans ce contexte, nous pensons que l'utilisation du psychodrame peut être une bonne indication pour les aider à surmonter leurs angoisses existentielles. Actuellement le groupe fonctionne avec 4 ou 5 adolescents qui se sont autorisés à dire et à partager leurs inquiétudes, leur mal-être, leur ambivalence, leur colère, leur culpabilité, par rapport au traitement, parfois source de pulsions agressives s'exprimant tantôt à l'encontre de l'entourage familial, du corps médical ou tantôt à l'encontre d'eux-mêmes. D'autres thématiques comme l'état amoureux, les rapports affectifs et sexuels, la passion, la jalousie, traduisant les préoccupations communes des adolescents seront également évoqués au cours des différentes séances.

Le bilan de ces huit années de fonctionnement montre la pertinence de ce travail groupal réalisé avec les jeunes: un précieux soutien qui les aide à vivre et à s'arranger avec la réalité de la maladie. Il témoigne en outre, d'une grande richesse de réflexions sur des thèmes existentiels et métaphysiques récurrents tels que: «pourquoi la maladie? «Pourquoi ça m'arrive à moi », «Pourquoi la mort si Dieu existe?»

Il nous semble en effet, que cette expérience de groupe a permis aux enfants, aux adolescents de sortir de leur isolement et d'être pris dans un travail de tissage relationnel et groupal. Ce travail de liaison du groupe leur a permis aussi d'avancer dans leur questionnement, de rester vivants et confiants dans l'avenir. Il a offert un réel soutien et un éclairage aidant aux adolescents qui ont pris conscience que d'autres jeunes vivaient les mêmes difficultés, les mêmes « galères » et qu'il était possible de tenir ensemble.

Le groupe nous a donné également l'occasion d'entendre ce que chacun avait à nous dire à propos de son désir mais aussi de sa demande d'être reconnu et d'être accepté dans son « autreté » sans aucune discrimination.

Certes, plusieurs années furent nécessaires pour aboutir à une extériorisation tout au moins partielle des émotions liées à la maladie, mais à cet égard, les séances de groupe ont incontestablement favorisé ce « passage », cette évolution vers un mieux-être: les échanges mutuels entre les participants ont eu régulièrement un effet cathartique, libérateur et vraisemblablement thérapeutique en réduisant l'état de souffrance interne et en la transformant.

Cependant, nous devons souligner la persistance d'une réelle difficulté pour les enfants et les adolescents séropositifs à nommer leur maladie lors de la présentation rituelle débutant chaque séance. Le constat de cet

éviter verbal, de la difficulté des adolescents à communiquer sur leur séropositivité ouvre de nouveau la question de la spécificité du VIH avec cet éprouvé ankylosant et douloureux de la honte associée à cette infection.

Aujourd'hui, nous nous appuyons à la fois sur notre formation, nos références (W.R Bion, D.Anzieu, D.W.Winnicott, R.Kaès), notre expérience, et sur notre propre cadre interne pour maintenir la cohérence de ce travail de pratique groupale, entrepris au sein de cette institution de soins pour enfants. Nous désirons toujours assurer la permanence de cet espace thérapeutique et surtout la maintenir vivante même si sa pérennité semble menacée d'une part, par le passage des jeunes du groupe âgés de 18 ans vers les différents services de médecine adulte, et d'autre part, par la réduction du nombre d'enfants contaminés par le VIH, suivis dans le service de pédiatrie (3 nouveaux cas de contamination materno-foetale en 8 ans).

Il nous paraît difficile de conclure, sans revenir sur l'intitulé de notre intervention: « Ecoute et transmission dans les groupes de parole.. . et après »

Nous essayerons avec vous de comprendre ce qui lie ces deux termes articulés ici avec la question des groupes de parole:

Ecoute et transmission, deux mots qui sont souvent associés.

Mais qu'est-ce qu'on entend et qu'on transmet dans l'acte de parole, mais également dans les actes sans parole émis au sein d'un groupe de parole?

Le groupe perçu comme lieu de dépôts, de traitement et de transformation de la souffrance psychique exprimée par les enfants/les adolescents, mais aussi lieu d'élaboration de ce qui fait violence.

On a coutume de dire et de penser que le groupe, d'une manière générale a une fonction de transmission.

Ceci nous amène à feuilleter le vaste répertoire de la transmission aux formes multiples. Transmission qui se décline à plusieurs niveaux:

Tout d'abord dans le groupe des enfants/des adolescents, on note en premier la transmission du plaisir de se retrouver et de pouvoir échanger, suivie de transmission de messages, d'informations, de connaissances et d'apprentissages, transmission de modèles d'identification, d'une parole qui trouve sens dans la chaîne associative du groupe. Transmission de différentes expressions de force et de stratégies de vie pour apprivoiser la mort, transmission de comment lutter contre des pensées hostiles.

Par ailleurs, de nombreux transferts de savoirs (savoir-faire et savoir-être) se sont opérés entre les enfants plus grands et les plus jeunes, comme des leçons de vie avec la maladie, et des leçons d'espoir et d'amour.

Dans la réciprocité, à notre niveau, nous avons transmis des belles choses secourables, des désirs, des normes, des valeurs dans nos paroles, dans notre attention, dans notre attitude, dans nos relations et

dans nos actes mais aussi transmis de façon inconsciente certaines images surmoïques profondément enfouies.

Ensuite, dans notre petit groupe composé d'un trio de psychologues venant d'horizon divers, la dynamique sera plutôt centrée sur la transmission de notre différence, de nos sensibilités, dans notre façon spécifique de dire mais aussi de transmettre la richesse de nos différents apports d'expériences et du plaisir partagé dans l'élaboration de ce travail en commun. Par ailleurs, si notre collaboration entre psychologues cliniciennes reste précieuse au niveau du partage des «savoirs », elle nous semble encore plus fructueuse quand elle se situe au niveau d'un travail où on laisse parler notre inconscient.

Enfin, aborder l'après, c'est nous semble-t-il entretenir tout simplement la transmission par un travail permanent de mémoire.

DÉBAT

Marie Lise Salin-Shausswald

C'est avec plaisir qu'on va partager avec vous vos questionnements sur cette transmission, de sensibilité, de différence et aussi transmission de cette notion de vie. Cette transmission de nos connaissances, de nos savoirs, de partager avec vous tout cela.

Vincent Feireisen – Psychologue à Strasbourg.

Je voulais vous remercier pour la force de vos témoignages à toutes les trois. D'abord, je vous ai écouté avec beaucoup d'émotions et je vous ai trouvé... je vais oser le dire.. Je vous ai trouvé toutes les trois très belles ! ...En me disant également que, dans la question de la transmission, de la question donc du désir, ce que j'avais vécu en vous écoutant, c'était bien au delà des mots. Il m'est venu à l'idée le concept de transfert et ce qui m'a frappé aussi d'une manière très transversale, c'est votre force, votre désir, votre élan à construire ces groupes et c'est la question que je voudrais vous poser : quelle place, pensez-vous avoir prise auprès des différents publics, comment s'est articulé ce désir que vous avez eu avec cette possibilité pour qu'il y ait du désir de vie ? Pour qu'il y ait de la transmission il me semble qu'il faut qu'il y ait ce désir, cet élan, et donc quelle place au niveau du transfert, on a vu la question du transfert, elle n'a pas été dite comme ça ce matin, mais on pouvait l'entendre...à travers, par exemple l'intervention de Jean Marie Lang, du côté du médecin dans la relation patient/médecin, Daniel Grosshans en a parlé d'une autre manière...donc, vous avez une place singulière dans ce groupe, et si vous pouviez en dire quelque chose, merci.

Marie Lise Salin-Shausswald

Pour parler du désir, il me semble avoir répondu et entendu le désir de Christiane, je crois que dans un premier temps on a répondu à son désir. Les choses se sont mises en place et de la place que j'occupe dans cette institution hospitalière qui accueille des enfants, je pense qu'il y avait quelque chose de l'ordre d'une mère, il y a un désir qui est là et bien là autour de ces enfants. Je vous l'ai dit, j'ai une double approche puisque j'accompagne à la vie, même si c'est difficile, des tous petits « bouts » qui luttent pour la vie, c'est les enfants prématurés, mais également ces enfants séropositifs, mais également ces enfants qui luttent dans une mort permanente à travers la maladie chronique. Ce n'est pas notre propos aujourd'hui, mais la drépanocytose c'est aussi des douleurs aiguës et je pense que pour les enfants séropositifs, quand il y a eu ce témoignage d'une petite fille qui avait tellement mal, mais elle est quand même venue au groupe, je ne l'ai pas dit parce que il y a bien sur tout autour de ce témoignage, cette notion d'enveloppe groupale protectrice, elle est quand

même venue dans ce groupe. Je crois qu'il y avait quelque chose aussi du désir, qu'elle était en train de nous dire là et il me semble que c'est tout ce qu'on a entendu et que j'ai voulu faire partager avec vous, c'est ce désir de vie, même si c'est extrêmement douloureux, c'est de pouvoir passer de l'autre côté. Transmettre c'est aller au delà, vous l'avez dit, au delà des mots, quand j'ai dit être là, c'est aussi au delà de la mort. C'est le souvenir ! c'est la mémoire ! c'est tout ça aussi la transmission.

Heidi Beroud

J'ai envie de dire que, le désir, l'élan que j'ai eu pour mettre en place ce groupe était évidemment nécessaire et qu'à la fois, comme on l'a vu dans ma présentation, hé bien le désir des patients, au fil du temps, a fait qu'en les écoutant j'ai transformé ce cadre, et je me dis après coup, que je suis vraiment partie de mon désir. J'arrivais à la consultation, j'avais envie, parce que j'avais une approche dans un DU pour la relaxation, j'avais envie de mettre en place, des séances de relaxations et aujourd'hui, après cinq ans, je me dis que si j'avais fait le chemin inverse en écoutant d'abord les patients, pour construire le cadre, c'est-à-dire en ne mettant pas seulement mon désir en premier, j'aurai peut-être fait l'inverse. Aujourd'hui, là où en est le groupe, j'ai eu la discussion avec les patients, certains désireraient participer à des séances de relaxation après le travail de verbalisation qui a été engagé. Ils seraient plus prêts à cela que d'emblée.

Murielle Chevalier – Réseau Ville-Hôpital – Tours

Je voudrais dire à Yola, d'abord toute l'émotion que tu nous as fait traverser à travers ce groupe de femmes africaines, merci, parce que c'est toujours une très belle histoire. Nous échangeons maintenant avec elles et elles se montrent effectivement, ces femmes dans la transmission de leurs épreuves et surtout de leur combat, merci. Et puis, une autre question pour Marie Lise, a un moment donné tu as souligné que ces enfants qui ont des maladies chroniques se retrouvaient et la particularité était que ces enfants séropositifs n'avaient jamais nommé en groupe leur maladie. Est-ce que c'était si important que ça ?

Marie Lise Salin Shauswald

Dans mon désir, oui ! Parce que je pense que ça lève encore le voile sur toute la dimension conflictuelle qu'il y a encore autour de cette maladie, de la force et de la violence des représentations. Elles se sont approprié ces représentations autour de la pathologie du VIH et il me semble qu'on a beaucoup de travail à faire, parce que la difficulté de ne pas nommer, cela demande énormément d'énergie psychique, puisqu'il y a cet élan du groupe qui amène qu'on parle et elles font un effort pour que cela ne sorte pas. Il me semble qu'il y a du travail à faire, ce n'est pas forcément une

injonction à dire, mais il me semble que quand elles vont pouvoir, surtout les adolescentes qui sont aux prises en ce moment avec la réalité de la rencontre amoureuse et la rencontre sexuelle, qu'il y aura quelque chose qui va se jouer à un autre niveau, et c'est dans ce sens là que dans la transmission nous avons encore beaucoup de travail à faire sans injonction, mais d'amener à faire en sorte que cela soit plus facile, de pouvoir nommer pour s'approprier. Parce que la difficulté de ces adolescentes, c'est, malgré tout ce qui a été transmis, qui a été dit, qui a été montré, qui a été crié, hurlé, pleuré, parce qu'en ce moment, c'est les rires, c'est la complicité, il y a malgré tout cette incertitude sur demain. Cette incertitude sur demain, on disait qu'il faut accueillir l'imprévisible, là, elles ne sont pas en train d'accueillir l'imprévisible, puisque cette incertitude c'est quand même de l'ordre de la mort qui s'articule autour du VIH. C'est-à-dire, si je suis séduisante et que je donne envie, on parlait de désir, je donne envie dans la rencontre amoureuse, dans la rencontre sexuelle à un garçon pour ces adolescentes, comment je vais négocier avec ce que je n'arrive pas à nommer ? ce que je n'arrive pas à dire. Voilà mon questionnement actuellement et aussi on parlait des limites du désirs, ce groupe m'a renvoyé beaucoup de limites. J'ai dit que c'était très idéalisé, donc il fallait revenir sur le principe de réalité et je pense que les limites sont aussi là. C'est aussi pouvoir entendre dans ce désir là, ce que l'autre ne peut pas entendre de notre propre désir. Il me semble que ces enfants ont répondu à mon désir ainsi que l'équipe avec qui je travaille, les parents également, mais qu'il y a des limites et qu'il faut aussi l'accepter et accepter ces pertes là.

Vincent Feireisen

J'avais bien entendu ça, d'abord, je trouvais très intéressant le fait qu'il y ait des pathologies différentes et que votre groupe ne soit pas réduit à un groupe de « sidéens » ou séropositifs VIH, ou drépanocytaires et en même temps, je me disais, ce n'est pas mal le côté positif si je puis dire, à ne pas le dire, parce que cela évite de réduire la personne à une maladie. On disait avant les cancéreux, moi cela m'a toujours énervé et le fait d'être réduit simplement au symptôme de sa maladie, ou par groupe à être stigmatisé comme tel, cela ne me paraît pas intéressant, il y a quand même autre chose, il y a aussi une personne autour du virus, il n'y a pas que le virus qui, malheureusement, dans les groupes de malades que l'on retrouve dans les associations, tant à les réduire à une maladie plus qu'à une maladie ou à des symptômes, c'est au détriment de la personne.

Marie Lise Salin Shausswald

En vous écoutant, tout d'un coup, je me suis dit peut-être que j'ai raté quelque chose qui s'est dit dans le groupe, parce que dans le mime, ils ont nommé la maladie, mais pas avec des mots, ils ont nommé avec le corps, ils ont nommé avec les formes symboliques du virus. A l'époque le virus c'était une grosse boule avec plein de piquants. Ils l'ont nommé en

jouant, en mettant en scène ce corps là. A un moment donné, je me rappelle une petite fille et après j'étais dans tous mes états, parce que cela m'avait vraiment bouleversé. Elle a demandé à tous les membres du groupe de venir, et ils ont fait un agglomérat, quelque chose comme une boule. Alors en même temps, je me suis dit : qu'est-ce qu'elle me dit ? qu'est-ce qu'elle nous dit ? qu'est-ce qu'on peut entendre et en même temps il y avait quelque chose qui était fermé, mais qui était aussi sa façon de dire comment elle était emprisonnée dans cette forme là.

Vincent Feireisen

Elle vous l'a dit, elle vous a empêché de la réduire à rien que ça et probablement, peut-être, par le fait qu'il y a d'autres pathologies dans ce groupe...

Marie Lise Salin Shausswald

Tout à fait, mais c'est vrai que des fois les bienfaits du groupe, parfois c'est tellement puissant que cela sidère la pensée et c'est qu'après coup qu'on peut penser, et je pense que c'est une des spécificités du virus et c'est aussi dans l'inattendu cela sidère tout.

Christiane Charmasson

Peut-être un mot avant l'interruption du déjeuner. Je voudrais vous remercier d'avoir été aussi attentives les unes et les autres et les uns et les autres à mon désir. Je n'en avais pas exprimé absolument toute la dimension, mais, vous pouvez deviner qu'il est encore très grand. Je viens de guetter à travers la porte le désir des gens qui assurent le buffet et manifestement cela fait 40 minutes qu'ils nous attendent.

V - TRANSMISSION : MISE EN SCENE D'UN SAVOIR QUI SE DEROBE

- **Docteur Roser CEINOS**

PH – Psychiatre

Equipe PSY-VIH - CHI Montfermeil (93)

Je voudrais poser un questionnement sur la transmission entre les différents soignants à l'intérieur de l'hôpital général et la place particulière que nous occupons en tant qu'intervenants psy

On est, dans le travail auprès des patients atteints par le V.I.H, dans une relation très étroite avec le domaine médical.

L'importance de l'impact psychologique de l'atteinte virale était dès le début au premier plan, et une présence psy était souhaitée par les équipes médicales. On était à cette époque dans une position de colmatage : pour les somaticiens, d'un discours scientifique défaillant, pour les patients d'une place vide, celle de l'autre saisi par l'horreur, pour les équipes colmatage de l'angoisse par la possibilité du dire. De la même façon, à l'ère des traitements, le contexte psychologique : le veçu de la maladie, le rapport aux médicaments, le rapport à sa propre vie, à soi-même, sont la toile de fond du succès thérapeutique

Nombreux d'entre nous étions présents dès le début, alors 25 ans après, est ce que ce travail de collaboration a laissé une trace dans l'institution ? A été fructueux dans la conception des soins, dans l'appréhension du sujet malade ? Est-ce que notre présence a signifié ou permis une plus grande perméabilité aux questions d'ordre psychologique, à l'importance de la relation médecin/malade au-delà de la technicité ? A quoi sert notre présence dans l'institution ? A-t-on un rôle institutionnel ?

On peut poser la question de la transmission à l'hôpital à deux niveaux. D'une part celui de la possibilité de la construction commune d'un savoir sur le patient et au-delà sur le sujet malade ; s'agit-il d'une transmission de connaissances sur un même patient, d'un échange d'informations. Qu'est ce que nous avons à transmettre ? Quel est le but des échanges entre les professionnels membres de la même équipe, car ces échanges bien que nécessaires peuvent rester totalement stériles. On peut tous demeurer dans une certaine immunité au discours de l'autre, dont on résiste aimablement.

Le deuxième est celui de la place de laquelle on parle. A-t-on une place particulière ou sommes-nous un professionnel de plus à s'occuper du malade au sein d'une équipe de soins ? Quelle est la place qui est réservée au discours psy dans les équipes où nous travaillons ? Quelle est notre place dans les équipes ?

Quelle place occupent actuellement le psychiatre et le psychologue sur la scène sociale, car on en est tributaire. La définition de psychothérapeute est un casse tête comme titre « Libération », les partisans du T.C.C et les analystes se déchirent à couteaux tirés sur la place publique et un maître

de conférences dans une tribune du journal « Le Monde » va jusqu'à conseiller aux patients des médecins pratiquant la psychanalyse de leur intenter des procès pour faute professionnelle. L'état nous demande des enquêtes, de contre enquêtes, des preuves, des certitudes. Alors notre savoir et nos compétences comment sont-ils perçus par les autres soignants ?

A quelle demande répond notre présence ? Sommes-nous comme ces groupes de psy qui débarquent illico presto dès qu'un événement traumatique survient, les pompiers de la souffrance qui déborde, du désordre émotionnel ?

« Gardez—vous de comprendre ! » Nous dit Lacan dans les Ecrits, le problème ,avec la compréhension est qu'elle est toujours une interprétation selon la formation et la sensibilité du psy. D'ailleurs tous ceux qui ont à faire au malade, ont une compréhension, même spontanée de la personne, alors la compréhension du psy, avec sa partie d'arbitraire qui en tiendra compte et pourquoi ?

Doit-on plutôt rester dans son bureau à s'occuper de l'objet qui est le nôtre, l'écoute du malade. Mais alors notre présence à l'hôpital à quoi sert-elle : à humaniser l'hôpital ? A promouvoir un regard plus global sur le malade contre le mouvement de découpage de son corps ? Eveiller nos collègues « au fait psy », pour un meilleur repérage des difficultés que rencontrent les patients et donc une adresse pertinente aux intervenants psy en dehors de l'urgence ?

.....A mon sens, tous ces bons projets, présents dès le début, doublés des meilleures intentions, sont restés bien en deçà de nos attentes, il faut bien l'admettre.

Ce n'est pas notre rôle et notre présence auprès du malade que je questionne, mais bien notre place au sein d'une équipe médicale et de la possibilité et l'efficacité de la transmission de notre savoir, dans cette place de « curieuse position d'extraterritorialité scientifique » comme le dit Lacan, qu'est la nôtre.

Lors d'une journée récente sur « psychiatrie et VIH » un collègue psychiatre critiquait avec ardeur tous ses pairs qui de par leur attitude disqualifient notre métier auprès de nos collègues somaticiens. Ainsi cite-t-il le psychanalyste qui avait écrit dans le dossier « il est urgent de ne rien faire ». Quant aux autres, sans aucun diagnostic précis, leurs notes dans le dossier médical du patient, ressemblait à du blabla. Tous à côté de la plaque s'insurgeait le collègue. Impossible de se faire comprendre, de se faire une bonne réputation !

En effet on peut épouser la nosographie psychiatrique, autour de laquelle on brode un discours bien rodé où finalement on se retrouve dans la demande pseudo-scientifique ambiante. Mais l'approche clinique disparaît en même temps que le patient, réduit à des items symptomatiques répertoriés dans les divers DSM.

La clinique change avec son temps, c'est un fait bien connu. A mesure que le discours évolue, la clinique change ; l'évolution de la clinique dépend de la lecture du monde faite par le discours du pouvoir

Lors d'une autre rencontre toujours sur « psychiatrie et V.I.H. » un infectiologue faisait part du fait que maintenant ils savaient reconnaître

les symptômes dépressifs et manier les traitements adéquats, du coup disait-il pratiquement tous les malades se trouvent sous antidépresseurs et le problème est : quand les arrêter ? quel est le signal ou plutôt les signes ? Voilà ce qu'on attendait de nous ! On deviendra des experts en répertoires symptomatiques

Les somaticiens se demandent quels sont nos compétences

Alors pour prendre une place reconnue, entre nos pairs faut-il donc épouser le discours de la science tel qu'il est pratiqué couramment, à coup de statistiques, d'études épidémiologiques, de tests de dépression, de listings nosographies DSM4, de traitements bien appliqués, en un mot éluder, exclure le patient pour en faire un objet d'ordre psychiatrique à qui nous assurerons de prendre parfaitement en charge ses problèmes serotoninergiques, noradrenalinique, dopaminergique, et même nicotinique pour peu que l'hôpital, modernisé, compte avec un spécialiste en addictions ! Alors tous sous antidépresseurs, à tous sa chance de profiter de la science, tous pareils et que vive l'uniformisation et la mondialisation !

Comme le disait l'autre jour lors d'un colloque un infectiologue reconnu « on ne traite pas des patients, mais de maladies, il faut encore qu'on franchise le pas » ce qu'il appelait la psychologisation de la médecine, tout en appelant également de ses vœux la médicalisation de la psychiatrie.

Cette entrée de la psychiatrie dans le giron de la médecine, plus qu'un phénomène engendré par la recherche scientifique ou le résultat d'une réorganisation des savoirs, est comme un fait de civilisation : une entrée dans le bouillonnement marchand de la production industrialisée du médicament, mais comme le dit François Leguil, il s'agit d'une médecine subalterne parce qu'écartée, des techniques de précision scientifique. Les temps où Michael Balint cherchait à persuader les médecins de la nécessité de tenir compte de leur propre subjectivité dans l'exercice de la médecine, semble révolu. Il ne s'agit pas d'une affaire de personnes mais de structure

Ainsi, le psychiatre pour rentrer dans les rangs de la médecine peut opter pour une pratique semblable. Il s'agira alors de ne plus entendre parler le malade. La place de la science dans nos sociétés permet de s'y vouer légitimement à travers la recherche en neurosciences, la pharmacologie, la biochimie, dans les laboratoires de psychologie ou dans les enquêtes d'épidémiologie, etc. Il s'installe progressivement dans la pratique psychiatrique une dichotomie entre les chimiothérapeutes et ceux qu'on peut qualifier de psychothérapeutes à qui est réservé le blabla, mais aussi des pratiques hybrides, non intégrées dans un ensemble cohérent dans des équipes où les échanges sont tournés vers les questions organisationnelles sous l'auspice de chefs voués aux tâches administratives. Les dépositaires de la parole souffrante, la parole qui déborde de toutes parts ne sont plus vraiment les psychiatres ce sont les psychologues

Mais revenons à notre travail à l'hôpital au sein des équipes médicales.

On est dans deux domaines qui doivent se compléter mais en pratique on a l'impression que les points de rencontres possibles il faut les provoquer :

« Pas de temps pour le relationnel » L'écoute du malade, les médecins n'ont plus le goût, l'intérêt ou le temps de s'en occuper, les psychologues sont là pour ça. Est-ce qu'il s'agit d'une mise à distance contre la maladie, la mort, la souffrance, la proximité du corps ?

Est-ce que nous de notre côté nous n'avons pas besoin d'une certaine surdité aux faits somatiques pour ne pas avoir à les répercuter dans la relation au patient, car si les somaticiens nous donnent de mauvaises nouvelles ou pronostics concernant le patient, qu'en fait-on ?

Mais cette « psychologisation de la médecine », pour citer l'infectiologue, si l'on conçoit que ce soit une de nos missions, en sensibilisant aux aspects psychologiques (le vécu de la maladie ou les implications affectives et émotionnelles dans le travail avec le patient), faut-il encore bien définir les contours, le niveau, car les écueils sont multiples, à commencer par l'interprétation toujours biaisée par sa propre sensibilité et tous les préjugés dont on est porteurs de faits et gestes du malade mais aussi de tout ce qui peut nous être rapporté sur lui, comme par exemple : suite à un échange avec le somaticien où je lui avais fait part des difficultés qu'un patient rencontrait auprès de ses enfants, il s'était prodigué en conseils, de bon sens d'accord, mais qui laissaient comprendre qu'il interprète comme d'ordre psychosomatique ses troubles physiques, au grand désarroi du malade, et dans une ambiance confusionnelle ou moi-même je ne me retrouvais plus du tout.

Qu'est ce qu'on veut dire : ce que les autres veulent entendre, que je suppose qu'ils veulent entendre ? Ce qui est bon à dire pour rester dans une bonne ambiance d'équipe ou au moins ne pas créer de confrontations, donc conforter le spécialiste dans sa position de pouvoir ? Ou alors je veux surtout prouver ce que je vauds, ce que je suis capable de comprendre de l'autre dans notre domaine où plus que dans n'importe quel autre, aucun savoir ne peut se prémunir d'être détenteur de la vérité, sans compter qu'entre ce qu'on veut dire et ce qui est entendu, il y a deux barrières incontournables.

C'est essentiellement dans le langage que s'inscrit la relation de pouvoir. Que ce soit dans la relation médecin/malade ou médecin/psy. Ce qu'on dit, ce qu'on tait, ce à quoi on répond, ce qu'on laisse en suspend....

Dans quelle position pouvons nous nous situer vis-à-vis des chefs de service ? Etant donné que notre objet n'est pas commun on peut imaginer une hiérarchie comme la définie Lacan pour les écoles psychanalytiques, où elle n'a qu'un grade et « c'est en ceci qu'elle est fondée à se dire démocratique, du moins à prendre ce terme au sens qu'il a dans la cité antique : Où la démocratie ne connaît que des maîtres ! »

Le travail de l'équipe, psychiatre, psychologue, infirmière, pour un même patient nécessite le renoncement à l'idée d'un intervenant investi d'un savoir prédominant

Il y a aussi la question de comment les patients nous sont adressés :

Pour les infectiologues la question est d'être avant tout un bon prescripteur, en traitant la maladie. Il se place ainsi dans l'idéal médical qui vise à faire disparaître les symptômes en faisant disparaître la maladie. L'ennui avec le V.I.H. est que ça ne marche pas ! Déjà dans un

premier temps il faut convaincre quelqu'un de son intérêt à prendre des médicaments pour éviter le symptôme. Après on a réussi à créer un arsenal pour contrôler l'infection, et les patients ne le prennent pas, Alors quoi faire ? On peut continuer pareil et adresser les malades au psy mais qui veut dire renoncer à la place de toute-puissance médicale, changer de position. C'est délicat et inhabituel. Du coup les somaticiens sont intéressés par la présence psy dans les services et puis ils n'adressent pas les malades tant que ça ! Comment-ils le justifient ? « Les patients ont du mal à assumer d'autres intervenants, et la psychiatrie fait peur » Au fond ne voudraient-ils pas tout faire, tout assumer, correspondre à cet idéal dont ils sont investis par les patients. Alors le psy serait un satellite. Finalement ils feraient appel au psy quand ça déborde

C'est exceptionnel dans notre contexte de travail que la demande vienne du patient lui-même. Nous nous trouvons confrontés à des sujets dont la demande, quand ce n'est pas celle du somaticien, est déjà modulée par l'effet d'un discours médicalisée. La demande s'adresse souvent au savoir médical conçu comme devant permettre de dominer, de maîtriser des symptômes perçus dans leur écart avec le comportement social

Il s'agit de conduire le patient à faire de ce qui est un symptôme pour les autres, (la non compliance par exemple) un symptôme pour lui. Ce consentement recherché est le point radical de divergence avec le traitement médical imposé.

On est appelé quand le besoin est ressenti, mais par qui ? Les somaticiens, les équipes, la surveillante ? Du coup souvent on entend des équipes de liaison ou les intervenants autour du sida se plaindre du manque d'appels.

C'est un fait, l'hôpital général peut se passer de nous !

L'institution à toujours des idéaux et elle doit répondre à un certain nombre d'exigences sociales, ici les soins techniques les plus performants dans l'équité.

L'état jugule ce qui échappe par l'usage généralisé de psychologues dans le secteur public. La chose qui compte c'est qu'il y a une catégorie socioprofessionnelle à laquelle échoit le rôle d'écouter le blabla souffrant de l'homme.

L'infectiologue de tout à l'heure nous faisait part de sa vision du psychologue comme « auxiliaire du psychiatre et de l'infectiologue » (cette condescendance de l'homme de science pour celui qui se voue à la parole !) Voilà chacun à sa place, le psychiatre côté médecine, avec un discours hermétiquement intelligible et savant sur les dernières études épidémiologiques du bon usage des psychotropes, avec un objet commun et une intelligence commune des situations à traiter où toute particularité du malade sera reconnue en tant qu'elle peut venir enrichir la complexité nosographique. On voit le risque de ce langage commun où la psychiatrie perd son âme en même temps qu'elle la fait disparaître chez son patient.

Idéal d'uniformité, d'universalité : donner le bon langage avec la bonne définition. Chercher la concordance des discours. Car l'individualité de chaque malade, son cas unique, on est tous d'accord mais avec ça on ne trouve pas un discours à partager, il faut trouver les constantes, l'universel, publier, construire un savoir qui puisse être partagé !

La pensée unique. Mais quand on cherche à donner une dimension unique aux choses, on est dans l'idéologie, pas dans le réel

Et maintenant la question qui tue, disait l'autre jour lors d'un colloque un jeune collègue : à quoi sert le psychologue ? Et il répondait : soutien, coping, éducation thérapeutique. Aux antipodes du psychologue d'orientation psychanalytique En effet, quelle confusion comme dit le somaticien ! Faut-il donc séparer et nommer différemment ces deux façons de comprendre le métier de psychologue comme le suggérait l'autre jour un collègue ?

La question par rapport à la transmission entre professionnels est de savoir si le médecin accepte de se laisser toucher par le discours du psy pour adapter sa prise en charge aux éléments qui peuvent apparaître ou s'il entend le discours psy comme un discours autre, qui ne concerne pas le même objet, car lui il n'a à s'occuper que du sujet-objet de la science, sans se laisser détourner par d'autres considérations, dans son travail de clinicien

D'une façon pratique ça se voit immédiatement dans l'intégration des intervenants psy dans les différentes réunions ou moments d'échange entre professionnels. Le patient en tant que tel occupe-t-il le centre de la prise en charge ? .

Il faut savoir si dans les réunions ou nous échangeons autour d'un malade on cumule les informations, on les additionne à notre savoir précédent, et on reste imperméable à ce qui nous semble différent de notre pratique ou si on se place dans un esprit de travail où la richesse de la diversité d'analyses et de sensibilités permettra de trouver la façon la plus adéquate de répondre à la question qui nous anime

Tenir compte du discours psy signifie être dans un questionnement sur sa place vis-à-vis du malade, au-delà du discours sur le malade lui-même, alors qu'habituellement se sont le malade et les facteurs externes qui sont l'objet d'analyse

Alors qu'est ce qu'il nous reste à faire ? Résister, signer des pétitions, s'engager dans la politique de santé ? Apprendre à communiquer avec ceux qui ne sont pas de notre métier, de notre formation ?

Est-ce que ce que nous psy nous avons à transmettre ce n'est avant tout la singularité d'une personne confrontée aux soins et à la maladie C'est la clinique, l'analyse au cas par cas qui peut produire cet effet et met à l'avant plan le symptôme de chaque patient. Donner du sens au parcours personnel et institutionnel pour ces malades atteints d'une affection grave et chronique introduisant la part de singularité propre à chacun dans son rapport à la maladie

Chercher une cohérence, chaque intervenant a sa propre compréhension. Il ne s'agit pas de donner des avis qui se superposent, mais bien de complexifier, tout en retrouvant l'essentiel.

DÉBAT

Une participante

Je te remercie beaucoup de cette intervention qui nous questionnait déjà : et qu'est-ce que font les psy, comment, où en est-on et aujourd'hui la psychanalyse ? Merci beaucoup.

Danaé Skotida

Cela paraît en filigrane dans ce que tu nous as dit, mais la question que je voulais que tu mettes plus en évidence : pourquoi ce savoir se déroberait-il ?

Roser Ceinos

Ce que j'essayais de dire était un peu long, pourquoi ce savoir se déroberait-il ? Danaé j'ai repris un commentaire que tu m'avais fait, parce qu'on ne sait pas communiquer, parce qu'il y a des barrières entre ce qu'on veut dire et ce qui est entendu.

Une participante

J'ai repéré des choses qui nous interrogent à l'heure actuelle sur l'orientation des médecins psychiatres qui sont un peu moins psychanalystes et qui sont plus dans des orientations que nous disons comportementalistes, c'est quand même un peu cela.

Ce clivage qui me dérange beaucoup, toujours cette espèce de guerre entre guillemets entre les écoles qui sont là. On n'arrive absolument pas à se positionner clairement aussi, c'est un peu ennuyeux d'être toujours dans ces questionnements, non pas avec des réponses, mais avec nécessité de l'aborder, non pas dans un clivage fort, mais dans une amélioration de relation, parce que le but étant... c'est quand même le patient qui est là, si on travaille c'est bien parce qu'il est là aussi.

Roser Ceinos

Ce qui me souciait quand j'ai essayé de réfléchir à cette question, cette question qui se posait tout au début : cela fait 20 ans qu'on est là, l'équipe pluridisciplinaire à Montfermeil, en tout cas je suis là depuis 20 ans, (j'étais avant avec la liaison, peut-être deux trois années avant), disons qu'on était très animés par cette question de faire un travail à l'hôpital général pour les patients psy, cela allait être fructueux la façon dont les patients

qui se plaignent continuellement, le Pr. Lang le disait ce matin, la vie à l'hôpital est un des premiers facteurs du fait que les patients ne viennent pas se soigner et donc on va pouvoir améliorer tout cela et je trouve par cette collaboration, qu'on allait créer des ponts, entre ces deux façons de comprendre le sujet malade qui allaient améliorer les prises en charges. Je trouve que de ce côté là, on n'a pas tellement avancé. Je me demande pourquoi ? Je trouve qu'on reste chacun dans son domaine, la communication n'est pas tellement porteuse d'amélioration dans les prises en charge.

Christiane Charmasson

Je ne pense pas que ce soit particulier au VIH, c'est le problème qu'on peut rencontrer dans la psychiatrie dite de liaison, c'est le problème qu'on peut rencontrer lorsqu'on est intervenant dans un service de médecine, de spécialité à l'hôpital, cela fait maintenant plus de 20 ans, cela fait 30 ans. A partir du moment où le secteur s'est mis en place et où il y a eu une présence plus formalisée des équipes Psy dans les services, auparavant il y avait des services de pointe et éclairés il y avait des services dans lesquels on ne pouvait pas imaginer travailler sans la présence d'un psychanalyste, parce que cela permettait, que ce soient les services de médecine interne (ils n'étaient pas à l'époque nommés comme tels, les services d'endocrino, les services où il y avait des analystes, qui ensuite ont été dans différentes écoles ont travaillé dans ces hôpitaux généraux et dans des services, parce que cela permettait d'élargir, d'enrichir effectivement toute une approche et une réflexion. Il est vrai que, même formalisé ensuite avec des équipes dites de secteur composant une équipe pluri professionnelle dans des services, j'ai l'impression qu'en 30 ans on n'a pas bougé beaucoup et je pense qu'il y a même une certaine régression dans la majorité des services.

Josiane Phalip Le Besnerais

Moi, j'ai un peu envie de me faire l'avocat du diable, et je ne suis pas tout à fait d'accord avec vous. Autant je partage beaucoup tes idées Roser, parce que c'est encore beaucoup le quotidien, mais comme tu terminais ton discours et que tu disais et que c'était au cas par cas. Je pense qu'on peut aussi réfléchir au cas par cas dans la relation qu'on peut avoir avec les soignants, avec nos patients au milieu. Mais je pense que quand même, où alors c'est mon côté optimiste qui ressort, mais il y a des moments où je ne pose pas la question de savoir si j'ai une place dans le service, où je suis depuis 17 ans, d'autres moments, je me dis à quoi ça sert, effectivement. Mais quand même la plus part du temps, je ne pose plus cette question là. Peut-être que j'ai vieilli et que cette question ne m'intéresse plus autant que ça, mais quand même, je pense il y a aussi le moyen de se faire une place et de pas la remettre en question tout le temps et de permettre au patient une prise en charge plus confortable entre guillemets.

Roser Ceinos

Par exemple, la prise en charge des patientes enceintes, séropositives, cela a toujours été compliqué à l'hôpital. Pour venir à des choses très précises, au début, il y avait une gynécologue qui était toujours très occupée, et c'était très difficile, toujours charmante, mais jamais le temps, qui ne nous adressait pas les patientes. Une autre gynécologue est arrivée et qui elle, au contraire s'est beaucoup intéressée. Déjà, parce qu'elle ne connaissait pas complètement la prise en charge des patientes séropositives, donc elle venait en réunion et du coup, peu à peu, elle disait : « *c'est difficile, je voudrais vous adresser des patientes* ». Précisément, c'est en pensant à elle que je disais cela, mais les patientes ont beaucoup peur des psychiatries. Elle avait du mal à le dire à une patiente, mais enfin quand même une collaboration s'est installée, et peu après, elle nous a adressé les patientes enceintes. On est quand même une équipe pluridisciplinaire, il y a de quoi faire pour les accompagner. Et du coup il y a eu un problème qui s'est produit autour d'un dossier, entre l'infectiologue et la gynécologue, donc la gynécologue ne vient plus en réunion et nous ne voyons du tout les femmes enceintes. Elle ne nous adresse plus les femmes enceintes. C'est cela que j'aurai voulu questionner, cela veut dire, elle peut se passer de nous, il n'y a rien à dire ? Dans les faits, l'institution, hôpital général peut se passer de nous. C'est différent, elle reste avec ses patients... je ne sais pas comment elle se débrouille quand ils ont des problèmes.... Si cela déborde c'est sur qu'elle va faire appel à nous, entre temps, elle peut se permettre. La médecine telle qu'elle est pratiquée peut se permettre de s'occuper de ce qui est leur objet, donc les symptômes, la question pour laquelle les patients viennent les voir, sans tenir compte des patients eux-mêmes.

L'autre jour à la réunion à Jean Verdier, (Psy de liaisons) toute la réunion a tourné sur la gynécologue et la psychologue, encore une fois de la gynéco. C'est vrai que c'est quelque chose d'extrêmement complexe. Là pour le coup ce n'était pas pour le VIH. On disait : « *on ne comprend pas très bien ce qui se passe, il y a une surveillante qui a changé, mais on n'a plus du tout d'appel* ».

Il y a quand même une façon de fonctionner à l'hôpital général et de la médecine en général qui permet cela, c'est mon idée.

Christiane Charmasson

Je pense que c'est la même chose avec les médecins généralistes qui travaillent en ville, je dois dire que ceux qui effectivement assument tout, pensent qu'ils peuvent tout assumer et qui parfois ne le font pas plus mal que d'autres, pas plus mal que certains psychologues ou certains psychiatres et puis il y a ceux qui imaginent qu'on peut à certains moments être dans la complémentarité de l'approche et du soin, mais c'est une affaire individuelle et toujours une histoire de personne. Est-ce que c'est possible de formaliser et d'institutionnaliser l'approche plurielle dans un service ? De toute façon ce qu'on peut remarquer c'est qu'à partir

du moment où, le chef de service dans un service hospitalier, valide, prend en considération la place de la dimension psy, à ce moment là l'ensemble de l'équipe effectivement est acquise. Mais pour ce sujet comme pour des quantités d'autres, c'est la validation hiérarchique du chef de service qui intervient. Vous pouvez remarquer tout de même que l'on soit soignant, que l'on soit psy, ou que l'on soit citoyen de base, l'exemple actuel de notre société montre qu'on a besoin « d'un chef » qui dirige et qui gagne. Donc à partir de là ça valide un programme, mais c'est la même chose pour ce que nous faisons, si nous ne sommes pas validés... je vois un chef qui lève la main, donnons le micro à Jean Marie, s'il vous plait ! Je veux dire que si on n'est pas validé par un chef, quand je dis « on », ce n'est quand même pas une question de personne, c'est la place d'une complémentarité d'approche. Merci Jean Marie de prendre le relais.

Jean Marie Lang

Je crois que cela va être pire que ce matin encore...

Moi, je suis encore d'une époque, où on se plaignait du manque de prise en considération des manifestations somatiques en milieu psychiatrique. J'ai souvenir des carences en fer épouvantables de gens qui étaient psychasthéniques, chacun sait que le fer ça sert à rien, on sait que l'hypovitaminose B12 et les hypofolatémies donnaient des manifestations neuropsychiatriques majeures. En fait tout le problème c'est que notre système hospitalier est bâti de structures verticales, avec des parois de préférences étanches, et à la base des structures des gens qui « pissent » autour de leur territoire comme de vieux félins. Après ça, c'est un problème de personnalité, tu as raison... En tant que coordonnateur de soins, et Daniel est témoin, puisqu'il nous arrive de nous engueuler sur ce sujet là.... Quand on discute d'un dossier de patient en réunion plénière, on a une réunion quotidienne, staff quotidien où interviennent les secrétaires, la personne de l'accueil, les infirmières, les psy, les travailleurs sociaux, etc...et accessoirement les médecins. Ce sont ces regards multiples là qui font du problème pathologique d'un patient une mosaïque. C'est à l'ensemble du groupe, avec ces regards différents, de voir comment on va aborder la mosaïque. Alors, personne ne nous apprend à travailler comme cela ! Le VIH/ Sida nous en a donné l'occasion. J'avais un peu vu cela en cancérologie, mais c'était surtout pour les gens déprimés, parce que les gens déprimés en cancérologie, ce ne sont pas des bons patients ! On fait tout ce qu'il faut faire pour eux, on les met en rémission complète et en plus, ils ne sont pas contents ! Les psy intervenaient pour corriger ces dysfonctionnements comportementaux. Le VIH/Sida a vraiment, vraiment modifié les choses. C'est pour cela que je regrettais ce matin, ce n'était pas un anathème contre ou pour le secret médical, la confidentialité partagée, et puis vous inversiez des termes et on en revient au même. Il y a dans l'échange d'information sur la situation d'un patient, une large marge pour la communication. Et les regards différents, ou les appréciations différentes sont complémentaires et permettent d'aborder de façon globale. C'est ça

la prise en charge globale, ce n'est pas autre chose ! Donc, quand le psychologue n'écrit pas, moi, je ne veux pas qu'il me donne ce qui est de l'intime du patient, ça lui appartient aussi, comme le disait Maurice ce matin, dans certains examens cliniques on a aussi des données intimistes sur les personnes qu'on examine. Cela ne va pas apparaître dans le dossier de la même façon que le mode de contamination n'apparaît forcément dans le dossier non plus. Parce que ce n'est pas un problème important. Soit pour les transfusés pour qui cela ouvre droit à réparation. Mais tout ce qui peut concourir à une globalisation d'une pathologie, à une globalisation de l'efficacité du soin est bienvenu. Donc l'écriture que je demande c'est celle-là. Il faut pas que j'apprenne trois mois après que les psy se sont réunis entre eux trois fois, et puis qu'ils ont dit que : « cela fait longtemps que ce patient devrait être sous antidépresseur ». Je n'ai pas à l'apprendre de façon orale, alors que le patient est vu de façon régulière par l'un ou l'autre des psy. Ça c'est une information qui doit passer. Donc on est tous en train de faire des barrières et notre boulot c'est vraiment de passer notre temps à les démolir.

Et si déjà on prend cette décision là, je pense qu'on aura fait un gros progrès. Parce que les victimes de toutes ces « bizbille » c'est toujours les mêmes, donc on fabrique de la vulnérabilité et de la précarité, et puis le vainqueur quand on passe au travers du bizbille, c'est toujours le même, c'est-à-dire le patient.

Christiane Charmasson

Merci d'avoir dit un mot sur les soins somatiques en psychiatrie, car c'est un sujet qui est effectivement tout à fait à l'ordre du jour. Je dirai que les remarques que Roser a faites concernant la présence de psy dans les services hospitaliers de médecine, nos collègues qui sont médecins généralistes en hôpital psychiatrique peuvent faire exactement les mêmes et se demander, qu'est ce que c'est une approche globale et de quelle manière on se donne une bonne image et une bonne conscience en ayant des psy dans un service, en ayant des médecins généralistes à l'hôpital psychiatrique, si on en reste là et qu'il n'y a pas effectivement une mise en commun de notre approche pour l'intérêt global du patient.

On est très contents de la présence des équipes PSY VIH des hôpitaux Nord de Marseille, parce qu'on se sent moins seuls en Seine Saint Denis. Merci d'être là.

Une participante – Psy VIH – Marseille

Bonjour, nous sommes deux infirmières et le médecin psychiatre. C'était pour réagir à tout ce que vous avez dit, Madame, c'était très intéressant, parce que cela soulève aussi la notion de respect des spécificités de chacun. Moi, par rapport à mon vécu, à Marseille, parfois j'ai l'impression qu'on fait appel à l'équipe PSY en tant que pompière du service, ou

parfois vigile... Mais il y a la notion de transmission dans un service d'hospitalisation, de transmission du stress, d'agressivité, d'angoisse. Parfois, nous intervenons dans des moments où tout le personnel soignant est mal, donc le patient n'est pas bien et lui à la rigueur, il symbolise le mal être de l'équipe. Donc nous, équipe PSY... et moi personnellement, parfois je me demande quel est mon rôle ? Parce que parfois, on passe autant de temps à écouter les soignants que les soignés. Par moment, aussi on se demande par rapport à notre spécificité en terme d'urgences psy, qu'est-ce qu'une urgence ? Parce que parfois ce n'est pas la même, selon avec qui on travaille, et puis aussi le respect du travail dans le sens ou si on fait appel au médecin psychiatre pour un avis, qu'on se rend compte qu'il a déjà mis sous antidépresseur par l'interne, ou alors que le traitement va être changé le lendemain, parce que un autre chef de service somaticien l'a décidé. C'est vrai que quand tout se passe bien, c'est vraiment merveilleux. C'est enrichissant, on se dit on peut vraiment travailler et comme vient de le dire Monsieur Lang, c'est le patient qui gagne vraiment. Par contre quand il y a des guerres de pouvoir, de territoire, c'est insupportable, en fait.

Michel Ange Garzo

Je ne sais pas s'il y a beaucoup de psy associatifs aujourd'hui, mais en tout les cas, cela fait très peur quand je vois les difficultés qu'il peut y avoir dans les services, imaginez pour nous associations, quand nous voulons travailler avec les services hospitaliers, le travail de liaison est encore plus difficile et le travail de complémentarité et de prise en charge globale me semble très, très compliqué, si déjà chez vous entre guillemets, ce n'est déjà pas si simple.

VI - LE VIH, REVELATEUR DE L'HERITAGE TRANS GENERATIONNEL : les effets négatifs de la transmission dans l'espace de la famille et du soin

- **Constance LECONTE**
Psychologue clinicienne
CH Cayenne – Guyane

Un court voyage outre atlantique...

La Guyane est un département français situé en Amérique du sud , entre le géant Brésil et le Surinam (voir cartes) ; ses frontières sont des fleuves. Elle n'est pas, comme on peut le penser, une île de la caraïbe telle la Guadeloupe ou la Martinique. Avec ses 84 000 km², elle est le plus grand département français, un peu plus petit que Cuba, environ la taille du Portugal ou de la Hongrie et 8,4 fois celle de la Gironde. Elle est aussi le plus touché par le sida, avec ses 210 000 habitants estimés et un taux élevé (30%) d'immigrés étrangers venant des pays en voie de développement, attirés par ce qu'elle représente comme « eldorado ». Ajouté à cette migration extérieure, le phénomène migratoire interne est habituel...

Population plurielle, contexte transculturel par excellence, cette pluralité se retrouve donc forcément dans notre file active avec toute la richesse, la complexité, les clivages, les difficultés cumulatives inhérents à un tel contexte humain. Avec aussi toute la créativité et les défis qu'il impose pour les patients, leur entourage et pour les professionnels. Et parmi les professionnels, nombreux sont des migrants y compris la psychologue.

Concernant l'infection à vih, la contamination (hétéro) sexuelle est, dès le début de l'épidémie, majoritaire. La question de l'enfant, de l'autre du couple, de la famille quelque soit sa structure et sa composition, s'est posée.

Face à cette diversité, à la complexité d'organisations, de fonctionnements et de problématiques familiaux, et face à des professionnels oscillants souvent entre sidération et fascination, très vite dans ma pratique, il a fallu prendre en compte l'individu patient dans son réseau relationnel familial.

En plus de ma sensibilité personnelle pour le sujet, cela m'a imposé depuis 15ans de m'intéresser à la dimension familiale et groupale et de me former à l'approche (psychanalytique) de l'écoute familiale et du familial.

Un rapide rappel des « familialistes » et « groupalistes »

Dès 1971, Pichon-Rivière (Argentine) nous dit qu'il n'y a « pas de psychisme en dehors du lien à l'autre ». Et en 1981 en France, A. Ruffiot écrit que « le soma est individuel ; la psyché est d'essence familiale ».

Nous savons qu'une des fonctions essentielles de la famille est de transmettre. Il y a « urgence et obligation à transmettre » rappelle R. Kaës.

Transmettre serait faire passer un objet, une pensée, une histoire d'une personne à une autre, d'un groupe à un autre, d'une génération à une autre. Il ne s'agit pas là que de traditions et cultures qui assurent en partie la continuité d'une génération à l'autre mais de transmission psychique, véritable travail psychique nourri de la résonance émotionnelle, qui concerne à la fois le sujet singulier accueilli dans le berceau familial (quelque soit sa taille et sa forme) et le groupe familial.

Ainsi, ce travail permet à chaque génération de se situer par rapport aux autres, progressivement, inscrit chaque sujet dans une chaîne générationnelle et dans un groupe, en même temps qu'il fonde chacun dans sa propre subjectivité avec son histoire et le rend propriétaire de « son » héritage.

C'est une des deux modalités de transmission psychique familiale : la transmission intergénérationnelle, structurante, travail de liaisons, de transformations, de symbolisations.

Mais, ce travail peut aussi faire défaut et la transmission devenir non structurante et aliénante. Ce qui est alors transmis ne peut bénéficier des transformations, modifications, élaborations suffisantes permettant son intégration et va s'imposer au travers des générations à l'état « brut » aux descendants. C'est la deuxième modalité de la transmission : la transmission transgénérationnelle, qui, en soi ne réalise pas une dimension pathologique. Ces sortes de « blancs », véritables pactes dénégatifs selon R. Kaës, participent à la création des liens de tout couple, de toute famille (la mienne, la nôtre...) et ils y sont à l'œuvre et en écho (comme dans toute institution d'ailleurs).

Cependant, il arrive qu'ils débordent trop le « quota » de négatif tolérable pour le fonctionnement de la famille. Ces événements en souffrance de symbolisation sont alors défensivement clivés, déniés, projetés, diffractés sur le groupe familial dans le but d'empêcher que soit connu, su ou dit ce qui aurait dû ne pas être. En gros ce qui fut traumatique (et très souvent fut cause de honte), jusqu'à ce qu'un événement vienne mettre à mal ce système défensif.

Événement comme par exemple l'expérience clinique le montre, la pathologie vienne d'un ou de plusieurs membres de la famille.

Le vih et le transgénérationnel

Sue ou suspectée, l'infection vih d'un membre va plonger les familles dans la sidération profonde, révélant et rouvrant certaines blessures du passé (et il y en a dans toute famille !) en mal de cicatrisation, les placards intérieurs de la famille et de chacun de la famille, comme nous diraient N.Abraham et M.Torok, les cryptes et fantômes, tout ce qui dans l'histoire de la famille et du sujet atteint n'avait pu être élaboré ; sujet atteint qui finit par être identifié et à s'identifier lui-même assez souvent à un élément négatif familial, à faire figure de traumatique à l'intérieur de la vie familiale (même si, physiquement, la famille n'est pas regroupée et les différents membres dispersés géographiquement ici et ailleurs).

Dès lors, ce sont les capacités de contenance familiale et tout « l'appareil de transformation psychique » de la famille qui sont en souffrance et mis en défaut au détriment du sujet singulier et de l'intersubjectivité dans le groupe familial. Ce qui ouvre la voie à la répétition des passages à l'acte, à la violence...

Avec de l'aide spécifique, certaines familles parviennent à « suffisamment symboliser » les effets de ces situations traumatiques, à sortir de la confusion et de l'indifférenciation.

Le (s) membre(s) porteur(s) du vih demeure(nt) un membre de sa famille « qui a (ont) attrapé la terrible maladie »... Sa maladie n'est pas déniée, il n'a pas injonction « de ne pas mettre ça dans sa tête » et ne fait pas non plus l'objet d'une « sentence » de mort (et d'exclusion) de la famille.

Mais, ce n'est toujours le cas... Et l'irruption de la pathologie vih va violemment éclabousser la scène familiale et l'espace de soin devenir le lieu où vient se jouer ou se rejouer ce qui ne peut être contenu.

La famille est alors fortement menacée par l'éclatement ou l'implosion, le sujet par la spirale de l'effondrement, du désespoir, de la destructivité et de la haine ; l'hôpital, ses espaces de soins et ses professionnels (comme parfois d'autres espaces institutionnels) devenant dès lors lieu et scènes de figuration, de projections de fortes angoisses de séparation liés à la fois à des événements actuels et anciens, de dépôt du négatif c'est-à-dire de ce qui faisait déjà trauma dans la famille.

Mme D. environ 35ans.

Ces quelques éléments inspirés en partie de l'histoire et du suivi de Mme D. pourraient illustrer ces situations de transmissions en souffrance (dans la famille, par ricochet entre patients et professionnels et entre professionnels).

La première rencontre avec Mme a lieu il y a une dizaine d'années. Elle est conduite par un membre d'une association car « elle a perdu son bébé... et n'arrive pas à sortir de cet événement tragique récent ».

Mme se présente alors comme une petite dame, assez touchante, très abattue. Elle est originaire du Guyana, pays anglophone, mais elle s'exprime en français. Elle est connue du service depuis déjà un an, dépistée en PMI au cours du suivi de grossesse du bébé qu'elle vient de perdre. Mme avait eu un traitement préventif de la transmission mère-enfant, traitement qu'elle avait pris régulièrement. Mme a trois autres enfants aînés et vit avec le plus jeune âgé de 5ans ; les deux autres étant restés dans son pays d'origine avec leur père duquel Mme est séparé depuis de nombreuses années.

Suite à cette première rencontre, un suivi psychologique mère-enfant est proposé ; suivi qui va évoluer assez vite en suivis individuels, Mme préférant venir seule, comme pour protéger son fils de sa propre douleur et de ses massives angoisses de mort. Une aide médicamenteuse lui a été prescrite par le médecin « pour la soulager un peu » ; après quelques jours, Mme a interrompu ce traitement (comme elle le fera à d'autres tentatives) car elle voulait « s'en sortir sans cela ».

Ce suivi a duré environ six mois au bout desquels le fils allait mieux, les troubles réactionnels à l'événement tragique et à la mort de son petit frère avaient nettement régressé, il avait réinvesti l'école et les activités extra scolaires. Mme n'était plus figée sur des représentations déshumanisées de « bébé pas mort mais brûlé ...bois brûlé ». Celles-ci avaient pu laisser place à d'autres représentations d'enfant, « son enfant mort dans l'incendie de sa maison... », favorisant une première restauration des liens de filiation, une certaine adaptabilité à cette réalité en allant « au cimetière rendre visite à son fils » et en accomplissant les rituels de circonstances. Le travail de deuil était encore lointain...

Autour de cet événement douloureux, Mme, durant nos rencontres assez irrégulières, a pu évoquer le vécu de la grossesse, de l'annonce de son infection, ... sa famille, ses relations avec sa mère, son père,... des souvenirs d'événements passés toujours lourds et douloureux, voire traumatiques, un peu comme une sorte de calvaire en solitaire...mêlé d'attentes de re-trouvailles enfin heureux...

Mme a révélé sa pathologie VIH à sa famille par la suite, espérant un apaisement dans la qualité des liens et un réel soutien maternel ; espoir très vite déçu par la nature et la violence des réactions...

Les mois et années qui ont suivi ont été marqués surtout par la discontinuité de la prise en charge et le clivage.

Le lien psychologique s'est maintenu (aussi par téléphone), alternant des temps de présence où Mme paraissait débordée émotionnellement et psychologiquement, et des moments d'absences longues qui ne laissaient pas indemne d'inquiétudes.

Le suivi médical était de plus en plus irrégulier même lorsqu'il a fallu débiter un traitement ARV.

Le fonctionnement familial - ici, Mme ayant recueilli ses deux enfants aînés suite à ce qu'elle avait vécu comme un véritable abandon par sa famille, et « là-bas » - était empreint d'une certaine violence et confusion ce qui a motivé l'intervention pour suspicion de maltraitance de professionnels et d'institutions en charge de la protection de l'enfance et

de la famille (juge des enfants, aide sociale à l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse).

Un second événement actuel douloureux et déstabilisant, (la naissance prématurissime d'un bébé, grossesse non suivie, pas de traitement préventif...), a été l'occasion d'une reprise plus régulière des rencontres avec Mme. La menace de la mort, de la perte, le réveil concomitant des traumatismes plus ou moins actuels et anciens, sur plusieurs générations, a généré un recours défensif intense au clivage et aux liens fusionnels dans la famille (Mme et ses autres enfants) pour que vive ce bébé qui semblait vraiment s'accrocher comme poussé par un extraordinaire élan vital...

Tout pour la vie du bébé, « qui ne doit pas et ne va pas mourir » disait-on en famille, au détriment de la survie de Mme qui avait alors arrêté traitement et suivi médical.

A cause des ruptures et des discontinuités, les difficultés de la prise en charge globale de Mme et l'altération somatique sont grandissantes ; chaque hospitalisation, inévitable et de plus en plus fréquente, faisant craindre le pire aux professionnels médicaux...

C'est au cours d'une de ces hospitalisations que la mère de Mme a fait le voyage pour venir « au chevet de sa fille en train de mourir »... Durant la convalescence de Mme, cette mère (aux prises elle-même avec la réactivation traumatique et les effets des éléments négatifs déliés de sa propre histoire) n'a pas pu réprimer la violence qui l'habitait. Un mouvement de haine a favorisé chez elle des passages à l'acte destructeurs successifs (tant à l'hôpital, au domicile de sa fille qu'auprès des autres institutions). Ce qui a entraîné l'éclatement, la confusion, les clivages, les ruptures...

Du côté de Mme, les conduites mortifères déjà présentes se sont amplifiées, la destructivité et le clivage massivement à l'œuvre.

Les professionnels essouffés, saturés et mis à mal dans leur désir et leur capacité à traiter et soigner Mme, ont verbalisé un peu de leur malaise et de leur violence réactionnels aux conduites et à la situation de Mme et de sa famille.

Et lors des staffs par exemple, l'ombre de l'étrange inquiétant, du « non-humain » pouvait planer dans les discours face à, sans doute, l'insupportable.

C'est ainsi qu'ont pu se dire à la psychologue, violemment le plus souvent, des réactions comme : « c'est bordélique... hallucinant... » ; « ...elle est complètement folle, ne donne suite à rien, met tout en échec... mauvaise mère... » ; « comment tient-elle ? » ; « ...lui donner de l'haldol pour qu'elle reste en place... » ; « ...on n'arrive nulle part avec elle... c'est pas la peine... » ; « ... j'hésite entre lui faire des câlins et lui donner des baffes... ».

Progressivement, ces réactions se sont transformées en « ...elle a beaucoup de ressources... je la connais depuis quelques années ça va mieux au niveau relationnel avec elle, ...a accepté finalement les passages de soignants au domicile, le lien est quasi maternel, c'est

lourd... mais on est très inquiet pour elle... », ou alors « ... elle va mourir... c'est toujours la même chose... lui donner du prozac qui va la ranimer, la rendre euphorique et comme ça elle prendra son traitement... ».

Arrêtons là ces évocations très condensées et schématiques de telle situations des patients très en souffrance, souffrance inscrite dans une souffrance familiale sur plusieurs générations. Ces patients et leur famille, destructeurs avec eux-mêmes et les autres, qui nous touchent en même temps qu'ils poussent parfois plus d'un professionnel aux limites de la compréhension et du supportable.

L'insécurité psychique de Mme D., qui s'est révélée enracinée dans des défaillances qualitatives de la relation à l'objet primaire, dans une insuffisance de la permanence du lien à l'objet et dans les failles de la contenance familiale, favorise de manière répétitive des passages à l'acte et des clivages.

La relation de soin avec Mme demeure très marquée par la destructivité, la discontinuité, les ruptures.

Pendant toute une période, la relation clinique à consister à recevoir et à accueillir les éléments négatifs envahissants tels quels, accueil de ces objets ramenant sans cesse aux traumatismes, ces « éprouvés bruts » selon E. Granjon, dans l'espace contre-transférentiel (accueil de l'intérieur jusqu'à parfois ressentir des douleurs physiques !) avant de pouvoir les contenir. Cette attitude d'accueil des manifestations de la souffrance mettant la psychologue en position très active à certains moments.

Dans les services, et aussi dans les institutions non hospitalières intervenant auprès de Mme et de sa famille, la fonction de la psychologue consiste pour beaucoup à aider les équipes diverses à survivre aux attaques répétées de Mme D., à prendre en compte les effets des fantasmes et des clivages à l'œuvre tant chez Mme que du côté des professionnels ; et ainsi sans doute les aider à « humaniser » leur travail. La fonction de pare-excitations et de tiers inclus à la fois dans les équipes et dans l'institution est très sollicitée.

Pour cela, en référence à notre grand thème de ce jour « écouter – transmettre ? », durant les staffs par exemple, est transmis verbalement et essentiellement ce qui relève certes de l'ordre d'un fonctionnement et d'un processus. Mais, il a pu s'avérer nécessaire de transmettre tel élément pouvant relever de « l'intime », démarche toujours délicate, qui impose au préalable de s'interroger sur les pourquoi ? quand ? à qui ? comment ? Tout en n'étant pas vraiment dupe que les effets de ce qui est dit peuvent échapper complètement aux intentions premières.

C'est, en somme, tout un environnement médium malléable qu'il a fallu créer (et animer) autour de Mme D. avec ses caractéristiques d'extrême sensibilité, de transformabilité du dispositif de soin en général et du cadre psychologique en particulier (avec des réaménagements dans le dispositif habituel de soin : en fonction de la préoccupation du moment osciller entre soins, parentalité, aide éducative, insertion sociale...), d'inconditionnelle

disponibilité car on est dans le transfert paradoxal. On est loin des protocoles de soin et plus proche d'un « cadre impur ».

Cela a permis d'envisager peu à peu les répétitifs passages à l'acte destructeur non comme seulement un échec pur et dur de la mise en sens, du suivi et des professionnels de soins, mais aussi , et peut-être surtout, comme appel pour tenter une mise en sens, une symbolisation même partielle des effets du transgénérationnel et un travail de différenciation éventuel.

Ce qui demande du temps, beaucoup de temps... temporalité que l'organisation institutionnelle ne prévoit pas... et temporalité dans ces situations aussi complexes pas toujours compatible avec le pronostic vital.

Et pour terminer...

Ces fonction et position ne sont pas toujours faciles à tenir pour le psychologue.

L'écoute doit être neutre, sans jugement. Cependant, dans la rencontre avec ces patients, leurs familles et le travail avec les professionnels, il arrive qu'il y ait des difficultés à garder cette position, sous le poids du réel et les pressions diverses et inévitables peut pointer la menace de la normativité. Or, il importe justement de n'établir et/ou de se dégager d'aucune « norme » si ce n'est celle de l'écoute elle-même, sans doute essentiellement celle d'être en situation d'être surpris voire étonné dans l'ici et le maintenant de la rencontre...

CARTE AMERIQUE DU SUD



CARTE DE GUYANE



VII – ET SI LA LUTTE CONTINUAIT ?

- **Sylvie CHENEAU**
Psychologue clinicienne
Service du Pr Delfraissy – CHU Bicêtre - Paris

Pour préparer cette intervention, prise de curiosité j'ai eu envie de savoir ce qui se disait aujourd'hui de cette maladie, aujourd'hui où nous commémorons les dix ans de l'arrivée des trithérapies. Et en me promenant sur le site de sida info service, je suis tombée sur un reportage qui m'a beaucoup intéressée parce qu'il rend bien compte de ce qu'est cette maladie aujourd'hui, comment elle est considérée, comment dans certains cas, comme nous le verrons tout à l'heure, nous en sommes toujours au même point qu'il y a, non pas dix ans, mais 20 ans, voire 25 ans !

Alain Miguet journaliste qui a fait ce reportage posait la question suivante à des personnalités engagées dans la lutte contre le sida depuis les premières heures : « Quand avez-vous entendu parler pour la première fois du sida ? ». J'aimerais, à mon tour, vous poser la question : et vous ? quand avez-vous entendu parler du sida pour la première fois ?

Cette question intéresse les personnes qui travaillent depuis longtemps dans ce qu'on appelle le milieu sida, comme celles qui commencent leur carrière aussi d'ailleurs, pour ce que les « anciens » peuvent en dire. Parce que, je crois, pour bien comprendre ce que les personnes atteintes vivent aujourd'hui, et ce qu'il en est de leurs attentes en matière de qualité de vie, il est important de connaître un peu l'histoire de cette maladie particulière et son évolution au fil des années jusqu'à présent. Alors, qu'est-ce qu'on écoute, qu'est-ce qu'on transmet ?

En ce qui me concerne, c'est dans les années 80 que j'en ai entendu parler pour la première fois quand on a stigmatisé cette maladie sous l'appellation du cancer gay, qui nous venait des états unis, c'était tout dire. Puis j'en ai entendu beaucoup plus parler lorsque, par hasard, je l'avoue (certains diront qu'il n'y a pas de hasard !), je réponds à une annonce de Sida info service en 94, pour laquelle je suis recrutée quelques semaines plus tard, c'était après ce sidaction où tellement de gens ont fait de dons. A ce moment je m'engage dans la lutte contre le sida comme écoutante, pour presque 8 ans. A ce moment-là, j'entends parler du sida d'une certaine façon, un peu éthérée parce qu'au téléphone, c'est une certaine réalité. J'entends la souffrance des personnes touchées, beaucoup nous appelaient et nous racontaient ce qu'elles vivaient, leur mauvaise qualité de vie, des deuils aussi beaucoup autour d'elles. Quelques mois plus tard, en 95, je suis recrutée comme psychologue dans un des services de médecine interne du professeur Delfraissy à l'hôpital Bicêtre, l'usr qui signifie unité de suite et de réadaptation et pour les personnes qui ne savent pas, est un service de moyen séjour qui reçoit des personnes atteintes du vih et plus particulièrement de la LEMP, et je me trouve alors

confrontée à la réalité du sida, celle que je n'entendais pas au téléphone et celle qui m'a permis d'entendre différemment. A cette époque, c'était beaucoup de désarroi de la part de tout le monde et le sentiment d'impuissance et d'injustice face à tous ces décès car le sida à ce moment-là, c'était beaucoup de personnes en fin de vie.

Puis, il y a eu l'arrivée des trithérapies. Avec le recul de toutes ces années, il y a vraiment eu un avant et un après. Un avant l'arrivée des trithérapies et un après l'arrivée des trithérapies.

Un avant très sombre sans espoir, très mortifère, des équipes soignantes en souffrance, et des familles endeuillées beaucoup. Puis un après où quelque part la vie était à nouveau possible, j'exagère à peine, cela donnait l'impression que les personnes réscucitaient. C'est aussi ce qu'elles disaient en affirmant que si, si, elles se sentaient presque en pleine forme et que cela faisait longtemps que cela ne leur était pas arrivé. C'est à ce moment d'ailleurs, je crois, que la notion de qualité de vie a commencé à émerger chez les personnes atteintes. Les angoisses existentielles aussi ont fait place aux angoisses de mort, sur le réaménagement d'une vie qui redevenait possible mais autrement avec le cortège de toutes les conséquences que cela entraînait.

Puisque ma spécialité est la psychologie, en tant que psychologue clinicienne, et compte tenu de mon expérience, aujourd'hui je vous propose de traiter de ce sujet selon trois volets: ce qui a changé depuis le début de l'épidémie, en France ; ce qui n'a pas changé ; ce qui pourrait changer, pour lancer le débat.

Ce qui a changé depuis le début de l'épidémie :

-les avancées thérapeutiques :

Toute personne travaillant dans le domaine du vih depuis longtemps ne peut s'empêcher de se souvenir des moments de l'avant l'arrivée des trithérapies. Il y a eu donc un avant et après l'arrivée des trithérapies ; les différentes stratégies de traitement et leurs combinaisons

- l'espérance de vie qui s'est considérablement allongée (personnes vivant avec le vih depuis plus de 20 ans BL a appris sa séropositivité en 1989, dit avoir été vraisemblablement contaminé en 84, vient de suivre un traitement à l'interféron l'an dernier et est guéri de son hépatite)

- les droits des malades : plus d'écoute (cas du début du traitement de Claude et d'Alphonse), plus de respects, parce que la méconnaissance de la maladie a mis les patients dans une situation d'expérimentation, ce qui a beaucoup été mal vécue et en même temps une situation paradoxale (donner un traitement sans qu'il y ait, au début, choix de traitement, il n'y en avait qu'un, l'AZT) ni de le refuser en quelque sorte, et sans en connaître les effets

-moins de décès

-plus de lois pour protéger les personnes concernées et les patients atteints d'autres affections (cancers) (non discrimination pour les personnes qui travaillent et qui se faisaient licencier abusivement, respect de la confidentialité sur la carte de sécu

- plus d'informations, de facilité d'accès à l'information (TRT5, Actup)
- le regard sur les personnes séropositives (+ ; -)
- le regard sur la communauté gay (D. Defert a parlé de révélateur social en ce qui concerne le phénomène sida)
- le regard envers les personnes venant d'Afrique qui a déjà changé depuis un an (sensibilisation des personnes au problème de la non possibilité de poursuivre l'école des enfants de parents en situation de régularisation de leurs papiers)
- les co-infections (du fait de l'allongement de la durée de vie et de la découverte de l'hépatite C qui est plus récente que celle du VIH)
- mais aussi la complication des maladies
- l'aménagement du traitement pour une meilleure observance en facilitant les prises (moins de médicaments, moins de prises, plus de souplesse pour certain dans les horaires, aménagement du suivi médical en fonction du rythme de vie de la personne, si elle travaille ou non (les cisih au départ), si elle est prête psychologiquement ou non)
- meilleure qualité de vie. En même temps, les patients posent la question de ce que c'est cette meilleure qualité de vie compte tenu de la gravité de leur état de santé et du sens que cela peut avoir (la façon de se nourrir, limiter l'alcool, ne plus fumer, absence de libido)

Ce qui n'a pas changé depuis le début de l'épidémie, peut-être d'ailleurs, ce qu'on n'entend pas

- la mentalité des personnes en général :
que ce soient les personnes non concernées ou les personnes concernées. Pour les personnes non concernées, c'est la crainte d'être contaminée avec toujours la confusion entre maladie contagieuse et maladie sexuellement transmissible, qui est, cela dit au passage, une infection.

Pour les personnes concernées, c'est l'annonce de la séropositivité qui est toujours reçue comme une mort annoncée.

Concernant cette patiente, l'annonce de sa séropositivité a été un « déclencheur », accentuant ce qui était déjà là psychologiquement pour elle, à savoir un état dépressif, préexistant à la séropositivité, une prise de poids excessive, un arrêt des projets mis en route au préalable, elle s'est arrêtée de préparer ses concours qu'elle a cependant passé, de se soigner, de voir ses amis, de mettre de l'argent de côté, elle s'est mise à jouer aux jeux d'argent, jeux de grattage, et de manière compulsive. Elle est envahie par l'idée que de toute façon, elle va mourir parce qu'on ne guérit pas du sida, mais elle vient à l'hôpital et à l'aide d'un travail fait auprès de la psychologue du service et conjointement à celui proposé par une infirmière à l'occasion des consultations à l'éducation thérapeutique, cette personne, bien qu'elle soit toujours, à l'heure d'aujourd'hui, dans la nécessité de se plaindre, commence aussi à réaliser, parce qu'elle s'informe beaucoup, que si c'est une maladie grave, dont on peut mourir, il est possible de revisiter sa façon de l'aborder. Il y a pour elle, nécessité à pouvoir déposer cette plainte quelque part et nous servons à cela pour le moment. Quelques temps plus tard, elle a ralenti voire arrêté les comportements qu'elle avait commencé d'avoir peu de temps après

l'annonce de cette séropositivité, petit à petit, elle a commencé à moins jouer, elle a passé son concours qu'elle n'a pas eu mais s'y est malgré tout rendu après avoir reçu sa convocation, commencé à perdre du poids. Aujourd'hui, elle continue de venir à ses rendez-vous et à dire toujours un peu la même chose, elle commence juste à se rendre compte de cette plainte et de sa nécessité de se plaindre, ce qui lui permettra peut-être, comme elle a commencé de le faire, à changer certaines choses et peut-être sa façon de vivre sa maladie, autrement.

Vivre sa maladie car pendant plusieurs semaines, plusieurs mois, elle parlait de se suicider.

Pour Claude, l'annonce de la séropositivité a été un coup de massue qui lui tombait sur la tête. Pour lui aussi, il a fallu changer dans sa façon de penser les choses, ce qui s'est fait au cours d'un travail psychothérapeutique, au cours duquel il a pu réaliser d'un seul coup la notion de chronicité. A partir de ce moment-là, ça a tout changé, presque. Les mots sont ce qu'ils sont, ils sont énoncés, de cette façon cela fait un peu recette de cuisine, qui n'a pas dit quelque chose comme ça : ce n'est plus une maladie mortelle mais une maladie chronique et si on n'en guérit pas, c'est une maladie un peu comme le diabète où il suffit juste de prendre un traitement, qu'on rajoute, « à vie ». C'est bien à ce moment-là, cependant qu'on a proposé à Claude de prendre un traitement. N'osant pas parler de ses craintes, Claude a pris le traitement qu'on lui proposait. Au bout d'une semaine, il arrive en urgence aux urgences, il faisait un urticaire géant. Plusieurs séances ont porté sur l'accompagnement à la mise sous traitement. Plusieurs séances ont été nécessaires pour que Claude convienne et réalise qu'il n'avait pas du tout été préparé psychologiquement à cette étape de sa maladie. Cela ne venait pas des séances d'information et d'éducation thérapeutiques qu'il avait suivies avec beaucoup d'assiduité, ni des séances de soutien psy, mais de réaliser un jour qu'il n'avait pas entendu ce qu'on avait pu lui dire, les informations et surtout le manque d'information dont il se plaindra plus tard, se disant presque une victime du sida parce qu'on n'est vraiment pas informé sur cette maladie. Ce jour-là, le mot chronicité lui a permis de vivre sa maladie autrement, et à nous d'avoir davantage conscience de l'importance des mots qu'on prononce et des informations qu'on délivre et aussi de la façon dont on les livre. On parlait de chronicité tout à l'heure, mais là il est vraiment question de synchronicité, ce que Claude avait refusé inconsciemment certainement d'entendre a fait sens d'un seul coup, et quand on dit sens c'est du côté d'un possible de vie.

- le ressenti des patients (ont toujours honte d'être malades du sida, posent toujours la question de savoir s'ils doivent en parler autour d'eux ou non, à leurs proches, lors d'une nouvelle rencontre amoureuse)
- le manque d'informations concernant cette maladie que ce soit du côté des personnes prenant des risques dans leur sexualité ou de l'entourage des personnes atteintes, ou de personnels soignants, chez certains médecins ce n'est pas si rare
- le travail psychologique qui se met en place suite à l'annonce d'une séropositivité

- le nombre de personnes qui apprennent qu'elles sont contaminées en France par an
- une certaine discrimination à l'égard des personnes séropositives qui va risquer de s'accroître avec la nouvelle loi sur l'immigration.

Ce qui pourrait changer

- un peu plus d'« humanité », ce qui ne veut pas dire pitié mais un engagement de la part de chacun d'entre nous
- une meilleure compréhension de la personne vivant avec la maladie du sida qui est souvent vécu comme un handicap avec tout ce que cela suppose sur le plan social, sur le plan professionnel, privé, familial, avec tout ce que cela suppose pour la personne d'origine africaine et atteinte du vih qui cumule les difficultés, du fait de sa situation, le plus souvent précaire.

Conclusion

La discrimination naît à la fois d'une incompréhension et d'une intolérance à la différence et curieusement de la peur d'une trop grande ressemblance. Il est, me semble-t-il, nécessaire que chacun tente de comprendre pour lui-même ce qu'il en est de cette incompréhension et de cette propension si facile à faire ce que nous appelons dans notre jargon psy, de la projection. Un mécanisme de défense, mais de défense contre quoi, car le plus souvent inconscient. On aurait naturellement tendance à rejeter l'autre dans sa différence comme pour mieux s'en protéger. La lutte contre la discrimination doit à mon sens commencer par la lutte pour le mieux être de chacun d'entre nous.

Ecouter, transmettre, la lutte contre l'usure :

A force d'écouter ces personnes atteintes du vih, , notre écoute a pu s'user au fur et à mesure des ces années passées. IL est vrai qu'une personne qui vient d'apprendre sa séropositivité, que nous recevons pour la première fois, ressemble à cette autre, à toutes les autres qui viennent d'apprendre leur séropositivité et ce n'est pas de la provocation de ma part. Je m'explique : toutes ont l'impression que cela leur tombe sur la tête, toutes se disent « pourquoi moi ? » (sans aucune remise en question ou reconsidération du risque encouru), toutes s'en remettent au destin, et c'est dans la très grande majorité que ces personnes viennent consulter, pour en parler aussi, parce que très vite, elles se rendent compte qu'elles ne peuvent pas en parler. Certaines vont tenter de comprendre ce qui leur arrive, mais c'est dans un deuxième temps, deuxième temps de la prise en charge lorsque celle-ci se transforme en psychothérapie et qu'à partir de ce moment-là, la personne demande à comprendre, le vih étant le pont de départ de la démarche et sera presque mis de côté. Aujourd'hui, certaines personnes que je suis depuis plus de deux ans, en parlent de façon très occasionnelle (ou c'est moi qui ne l'entend plus !!).

Tout ça pour dire que je crois que dans notre pratique d'aujourd'hui, et compte tenu de la tendance à la chronicisation de cette maladie, comment continuer d'écouter, d'entendre la souffrance des personnes qui pour ma part est parfois difficile à reconsidérer, je veux dire dans l'atteinte de la personne par quelque chose d'aussi insidieux que le VIH. Comment entendre ce que nous dit la personne qui réclame le droit à la normalité et celui de sa singularité.

DIAPORAMA

Sylvie CHÉNEAU

« *Et si la lutte continuait* »
Ce qui a changé depuis le début de l'épidémie

1 - SUR LE PLAN MÉDICAL

- Les avancées thérapeutiques
- L'espérance de vie
- Moins de décès
- Les co-infections
- Mais aussi la complication des maladies
- L'aménagement du traitement
- Meilleure qualité de vie.

**Ce qui a changé depuis
le début de l'épidémie**

2 – SUR LE PLAN JURIDIQUE AVEC DES RÉPERCUSSIONS PSYCHOLOGIQUES

- Les droits des malades
- Plus de lois pour protéger les personnes concernées et les patients atteints d'autres affections
- Plus d'informations
- Le regard sur les personnes séropositives
- Le regard sur la communauté gay
- Le regard envers les personnes venant d'Afrique

**Ce qui n'a pas changé depuis
le début de l'épidémie,
ou peut-être, ce qu'on n'entend pas**

- La mentalité des personnes en général
- Le ressenti des patients
- Le manque d'informations sur cette maladie
- Le travail psychologique
- Le nombre de personnes qui apprennent qu'elles sont contaminées
- Une certaine discrimination à l'égard des personnes séropositives

Ce qui pourrait changer

- Un peu plus d'humanité
- Une meilleure compréhension de la personne vivant avec la maladie du sida

Conclusion

Écouter, transmettre...

la lutte contre l'usure

DÉBAT

Christiane Charmasson

Un peu de partage avec les deux dernières interventions....

Marie Lise Salin Shauswald

Ce qui a changé aussi, il me semble, c'est quand même l'arrivée du PMA pour les couples, l'aide médicale à la procréation et qui nous amène quand même aussi à réfléchir, il me semble sur quelque chose de l'ordre du symbolique et du fantasme autour de la sexualité. Puisque ces couples là ne sont pas des couples stériles et on se retrouve là dans quelque chose en tout cas, qui à mon sens, devrait nous interroger sur ce qui va se passer là.

Autour de cette sexualité qui sera bien sûr accompagnée, mais lavée de quelque chose notamment de ce fameux virus, puisque par le biais du médical et de ce qui va se transmettre à ce bébé. En tout cas, cela me questionne.

Sylvie Cheneau

Par rapport à ce que tu dis, en fait, on m'a demandé de faire partie d'une commission en tant que psychologue, de faire partie d'une commission d'attribution au droit à cette procréation médicale assistée, cela me fait associer à cela et ce qui a changé par rapport à ça, c'est que cela m'a mise très mal à l'aise de participer à ce genre de commission d'attribution au droit à... et il se trouve que cette année, je suis assez contente, il n'y a aucun dossier de proposé, pour la bonne et simple raison, on suppose que les gens arrivent à se débrouiller tout seul et c'est très, très bien d'une certaine façon.

Marie Lise Salin Shauswald

Je voudrais juste interroger sur la question des origines et la question de ce qu'on va transmettre là, et comment nous on se positionne dans ce qui va se jouer. C'est par rapport à cet enfant, c'est dans ce sens là. Un couple qui est stérile, il y a des mots qui se posent, on transmet, on dit des choses. Là, ce virus, il va disparaître, c'est quelque chose comme cela qui m'interpelle.

Une participante

J'ai envie de dire en même temps, c'est devenu quelque chose de relativement banal les procréations médicalement assistées, et que par

rapport à ce que Sylvie Cheneau disait de ce qui a changé, il y a peut-être un contexte, et en particulier la façon de faire des enfants, de considérer ce que peut être un père ou une mère, je crois que cela a un peu changé.

Daniel Grosshans

Je voulais juste dire avant la question des PMA, il y a quelque chose qui a changé, c'est que la prise en charge des futures mamans enceintes séropositives a quand même fait chuter la probabilité de transmission en dehors des PMA. Alors, c'est vrai que la question c'est toujours dans un couple, ce n'est pas très joli sérodiscordant. Si la femme est séropositive et l'homme séronégatif, ça va ils peuvent se débrouiller « maison », sinon il faut aller dans un centre pour essayer de faire cela un peu mieux. Si c'est le contraire, mais je crois que le grand changement c'est que dans les années à venir, on va peut être avoir des générations où le Sida ne sera plus qu'une parenthèse de l'arrière grand-mère, et alors là parfois on peut se poser des questions dans le transgénérationnel, quels sont les effets de cette affaire de deux ou trois générations après. On a le temps pour venir voir, mais c'est une remarque.

VIII – CONCLUSION

- **Chantal BRIGAUDIOT**
Psychologue – Psychanalyste
CHU Lariboisière - Paris

Conclure, certainement pas,
Reprendre quelques points peut-être - pour l'essentiel, autour de ce qui a été ainsi énoncé : « le savoir se dérobe ». Le savoir se dérobe, en effet : nous savons bien qu'aucun savoir ne peut apporter de réponse satisfaisante pour tous. Nous ne pouvons que faire entendre nos façons singulières d'aborder nos questions, d'énoncer nos réponses
Certes, chacun d'entre nous, à sa façon, imagine qu'il pourrait en être autrement. Pourtant, lorsque l'espoir de se faire entendre perd de son insistance, d'autres interlocutions, d'autres écoutes, d'autres transmissions deviennent possibles, c'est en tout cas le pari que je vous proposerai.

Deux remarques préliminaires.
Entre l'espoir de se faire entendre, malgré tout, et la confrontation permanente à la difficulté de se faire entendre, chacun est pris en permanence dans un double mouvement ; c'est dans cette dialectique que nous trouvons aussi l'occasion de renouveler nos questions, de tisser d'autres liens, de nous transmettre mutuellement quelque chose.
Etre attentif à ce que disent nos patients, ne pas les abreuser de bonnes paroles, ne pas les « comprendre » est faire acte de transmission - autrement, certes, que dans les formes habituellement reconnues : ne pas les assourdir de discours et de questions standardisés leur permet de se détourner eux-mêmes, à leur tour, de paroles, de réponses stéréotypées, et, dans cette relation à l'autre ainsi établie, d'exprimer la singularité de leur souffrance. Singularité qu'ils ont souvent appris à masquer, à taire, tant ils sont plutôt habitués soit à ne pas être écoutés soit à être écoutés dans un projet normatif, qui les assigne à une catégorie ou une autre.

Depuis de nombreuses années, cela a été souligné avec un peu d'agacement, nous parlons « entre psy » de l'écoute et de la transmission, et reposons sans cesse ces questions : qu'est-ce que nous écoutons, qu'est-ce que nous transmettons ?

Ce sont des questions qui nous auront longuement occupés aujourd'hui encore : la plupart des interventions aujourd'hui ont mis en lumière les difficultés à entendre l'autre, à se faire entendre de l'autre.⁵

On pourrait peut-être poser d'autres questions : qu'espérons-nous transmettre ? que signifie comprendre, faire comprendre ? Pourquoi d'ailleurs cherchons-nous, nous évertuons-nous, à transmettre quelque chose ?

⁵ Je laisserai de côté, pour plus de clarté et par manque de temps, la préoccupation de Roser, de ce qui reste du travail des « psy » vingt-cinq ans après, de traces possibles d'une transmission institutionnelle, voire politique ; je suis très partagée, moi aussi.

Les interventions ont semblé distinguer différentes situations, et je me demandais si l'on pouvait trouver une sorte de point commun.

C'est peut-être Jean-Marie Lang, un dit somaticien donc, qui a le plus clairement démontré la vanité d'essayer de comprendre ce qu'il y a dans la tête des patients et de leur entourage, ou ce qu'un patient entend lorsqu'on lui parle : il s'agit toujours de « situations transculturelles », pour reprendre ses termes.

Il me semble que, au-delà de l'inégalité qu'il a évoquée, entre patients et soignants, le propos peut être élargi, voire radicalisé : même lorsque l'on parle la « même » langue, que l'on partage la « même » culture, la compréhension est illusoire. Un même mot n'a pas le même sens pour deux personnes différentes : un mot ne renvoie pas uniquement à sa signification, mais aussi à toute une chaîne d'autres mots, de connotations singulières. On ne sait pas toujours soi-même, on n'entend pas toujours, ce que l'on dit... Les patients n'entendent pas toujours ce qu'ils disent, ce qu'on leur dit, nous ne sommes pas nous-mêmes toujours d'accord avec les termes que nous employons : comment imaginer, prétendre savoir ce qui va être entendu ? comment imaginer être compris par l'autre, comment imaginer comprendre l'autre ? Les malentendus sont inévitables ; paradoxalement cependant, pour peu qu'on les reconnaisse, c'est dans le questionnement des malentendus que se tresse la richesse d'une relation.

Reprenons donc la question de l'écoute autrement : à l'hôpital, dans un service spécialisé ou non, une consultation, qui a-t-on à écouter ? A priori, les patients qui y sont accueillis. Parmi eux, nombre de personnes séropositives qui ne connaissent rien, ou pas grand-chose, à la « psy », et qui vont peut-être essayer de dire quelque chose qui les concerne, leurs difficultés personnelles - qu'ils mettent, ou non, en rapport avec l'affection à vih.

Parler n'est toutefois pas évident. Pourquoi un patient parlerait-il ? parce qu'il en attendrait quelques facilitations - dans sa vie sociale et dans les soins ? peut-être. Peut-être aussi - raison non dite - souhaite-t-il se faire entendre ? j'insiste : faire entendre ses propres difficultés, quelque chose de sa propre demande.

Partons de cette interrogation : qu'est-ce qu'un patient espère en parlant ? Espère-t-il qu'on lui témoigne de la compassion ? de la compréhension ? de la sympathie ? de l'empathie ? Pourquoi pas ? Il me semble toutefois que nous serions alors dans un registre assez peu spécifique, pour ne pas dire assez peu professionnel - dans la méconnaissance d'un certain nombre de points théoriques et cliniques.

Les patients nous assimileraient-ils à des confidents ? Le théâtre classique nous a montré à quoi servent les confidents : ils permettent au lecteur, au spectateur, d'entendre ce que les héros ont dans la tête - et qui resterait inconnu si le dramaturge ne leur avait pas conféré cette responsabilité. Ce sont peut-être les « tiers » dont parlait Daniel Grosshans ?

En tout cas, sans intervention du confident, comprendre ce que dit un héros, ce que sont ses tourments, ses desseins, etc. est impossible. Serions-nous plus malins ?

Si la fonction d'un « psy » n'est pas de tenir le rôle de confident, voire de confesseur, d'ami compassionnel ou de directeur de conscience, pourquoi donc les « psys » écoutent-ils ?

Pour qui se réclame de l'analyse, puisque la distinction est encore à rappeler entre psychologues, psychiatres, et psychanalystes, il s'agit de tenir un autre rôle... qui n'est pas répertorié depuis si longtemps ! Et il me semble important de le rappeler. Souvenez-vous de la fin du XIX^e siècle, lorsqu'une patiente de Freud lui enjoint de la laisser parler, « de la laisser raconter ce qu'elle a à dire ». Qu'un patient puisse être écouté sans être interrompu a été une révolution, a été le début de la psychanalyse. Freud, certes, n'a pas été le premier à trouver un intérêt à donner la parole aux patients : Janet ne cessait déjà d'insister sur le fait qu'il faut laisser parler les malades - et sur le fait que cela prend beaucoup de temps, demande beaucoup de patience. Mais Freud, en acceptant l'injonction d'Emmy : de l'écouter, de ne pas l'interrompre, s'est aperçu qu'écouter avait de tout autres effets que de faciliter le recueil d'informations censées permettre de « mieux comprendre ». C'est à cette patiente, à ce moment inaugural, que nous devons la mise en lumière d'une autre fonction de la parole.

C'est dire, autrement encore, que l'enjeu essentiel de la parole n'est pas dans ce qui est dit, même si cela peut nous importer de le dire ; que l'enjeu essentiel est dans la demande de reconnaissance - qui envahit chacun d'entre nous quand il parle, même lors d'exposés apparemment dénués de tout affect.

Alors, écouter serait peut-être bien, avant tout, donner à celui qui parle l'occasion de susciter une attention envers ce que lui-même dit, et lui permettre de déployer sa demande de reconnaissance, de s'inscrire ainsi dans une relation à l'autre. C'est en tout cas, je crois, la meilleure offre que l'on pourrait faire, au lieu de s'évertuer à essayer de « comprendre ». Que celui ou celle qui écoute soit avant tout attentif à la manière dont la parole lui est adressée peut en effet permettre à la personne qui parle de s'interroger sur les raisons qui lui ont fait choisir de dire cela ou autre chose, de choisir telle ou telle parole, tel ou tel mot - pour transmettre quelque chose... à cette personne-là.

Avec la demande de reconnaissance se profile la question du transfert, assez peu évoquée aujourd'hui, mais qui me semble pourtant cruciale. Précisons quelque chose sur le transfert.

Freud à ses débuts, quand il était encore médecin, dénommait transfert le mouvement qui permet à un thérapeute d'influencer son patient. Or, le transfert a d'autres vertus, autrement opérantes, qu'il a découvertes lorsqu'il est devenu progressivement analyste.

Une relation transférentielle ne s'instaure que dans la mesure où un patient présuppose que l'analyste auquel il s'adresse dispose d'un savoir le concernant.

Nous savons que, dans la praxis freudienne, si l'analyste dispose de certaines références concernant sa discipline, il ne dispose d'aucun savoir sur la subjectivité de tel ou tel patient en particulier. Freud lui-même

recommandait aux analystes « d'oublier » à chaque nouvelle cure les précédentes : il souhaitait que les analystes apprennent à se laisser étonner. L'analyste sait qu'il ne dispose pas du savoir que lui prête l'analysant : le savoir de l'analysant est inséparable des mots qui peuvent le dire, et, ces mots, il revient à l'analysant de les formuler en creusant dans l'épaisseur de ceux qu'il emploie et qu'il questionne comme autant d'énigmes.

Où donc se trouve caché ce savoir en jachère ? Lacan lui donne un nom : le SSS, le Sujet Supposé Savoir. Le SSS n'est pas l'analyste. C'est une instance symbolique qui se constitue dans la relation transférentielle et d'où surgissent des interprétations, que l'analysant, confondant souvent le SSS et l'analyste, attribue à l'analyste : « Bien sûr, quand j'ai fait ce lapsus, vous avez immédiatement pensé à... » - alors que l'analyste songeait sans doute à tout autre chose.

Que les analysants fassent la confusion entre le SSS et la personne de l'analyste ; ils ont le temps de leur cure pour apprendre la distinction. En revanche, quand le présumé analyste croit détenir le savoir, en particulier quand il n'a pas lui-même éprouvé dans sa propre cure l'efficacité du SSS, il est vraisemblable que la cure ne cesse de s'embourber dans des répétitions sans fin.

Pour se faire entendre, chacun d'entre nous ne cesse de se répéter : de répéter ce qui le préoccupe, de répéter ce qu'il croit que l'autre - psy, entourage ou soignant - veut ou peut entendre. Et, nous le savons tous, dire « j'ai entendu » ne fait pas cesser la répétition.

La répétition cache en effet d'autres énoncés, qui ne peuvent se faire entendre. Et c'est seulement lorsque les énoncés masqués par les répétitions peuvent émerger - parfois de façon à peine perceptible, dans une nuance nouvelle de la voix, un changement de tonalité ; parfois brutalement - que quelque chose de nouveau peut advenir.

C'est seulement à trouver quelque écho de sa propre parole dans l'écoute d'un autre que l'on peut ouvrir son discours sur d'autres mots, jusqu'alors non dits : que l'on peut s'intéresser autrement à sa propre parole, aux énigmes qu'elle recèle - loin d'un discours rabâché, ressassé. L'énigme comme moteur du transfert.

Quand un patient peut dégager des énigmes dans ce qu'il dit, du fait de l'écoute d'un autre, il accomplit un double mouvement : affectant du savoir à cet autre qui l'écoute, il s'affecte en même temps à lui-même un savoir qu'il ne sait pas encore, et qu'il pourra avoir envie d'explorer. Quand un analyste peut écouter avec ce qu'il a appris dans sa propre cure, cela permet à celui qui parle d'explorer sa propre subjectivité et d'y trouver des richesses qu'il ne soupçonnait pas jusque-là.

C'est bien l'analysant qui est détenteur d'un savoir, qu'il ne connaît pas - bien qu'il en détienne les clés. Il importe donc que l'analyste n'empêche pas l'analysant de progresser dans l'exploration de sa propre parole : n'en empêche pas les émergences. Les écueils sont nombreux : il existe de multiples moyens pour provoquer ces empêchements, souvent mis en œuvre au nom des meilleures intentions : au nom du bien, de l'amour, de la compassion, ...et quand l'analyste s'égare dans les mirages soutenus par des fantasmes de maîtrise, il ne permet plus au Sujet Supposé Savoir

de jouer son rôle. Pour reprendre une formule de Jean Clavreul, l'analyste ne veut pas le bien : «le moins mal lui suffit ».

Ses interprétations ne sauraient non plus dire le vrai sur le vrai ; pour l'essentiel, elles relèvent ou soulignent la part d'énigme que revêtent, pour lui, certains des propos qu'il entend.

Ecouter consiste ainsi à essayer d'entendre, et aussi à permettre à celui qui parle d'entendre lui-même l'inouï - au sens étymologique : le jamais ouï - dans ce qu'il dit.

Ce qui n'a pas été entendu, qu'est-ce donc, sinon la dimension du désir qui anime toute parole - désir masqué par la demande, qui mobilise, vous le savez, beaucoup d'énergie pour le méconnaître.

Lacan signale trois procédés éminents pour méconnaître le désir, trois procédés qu'il nomme passions : la passion de l'amour, la passion de l'ignorance, la passion de la servitude, ces trois passions étant articulées entre elles de façon très serrée.

C'est contre le désir que, selon Lacan, se mobilisent ces trois passions.

Prenons l'amour... des propositions que Lacan formule dans son séminaire Encore, j'en retiendrai deux. La première : « l'amour est toujours réciproque ». D'aucuns pourraient se réjouir, et c'est ce qui se passe lorsqu'on ne va pas plus avant dans le texte. La seconde proposition est, en effet : « l'amour est toujours amour du Un ». Cela ne va pas sans conséquence : si chacun des partenaires éprouve bien l'amour du Un, ce Un est différent pour l'un et l'autre, si bien que l'un et l'autre ne peuvent s'entendre que sur Un espéré - que pourtant ils ne partagent pas... c'est aussi ce qui exclut toute possibilité de comprendre, toute pertinence des démarches d'empathie, etc. C'est la remarque de Daniel Groschans, être un « non un », qui m'a amenée à développer ce point.

La passion de « comprendre » est soutenue par la passion de l'ignorance, qui fait croire, malgré et envers tout, à l'illusion d'une possibilité, un jour, de « faire un », d'être compris, de comprendre l'autre. S'il est possible de comprendre l'énoncé d'un problème, ou les problèmes économiques que traverse à un moment donné telle ou telle région du globe, comment, par contre, envisager de pouvoir « comprendre » un autre ?

Il est une façon de conjurer la douleur engendrée par notre incapacité à être compris ou à comprendre un autre : en supposant que quelqu'un de mieux formé, de plus compétent, une sorte d'expert en écoute, par exemple, pourrait, lui, comprendre ce qui nous échappe. Les gourous se coulent aisément à cette place qui leur est ainsi offerte par leurs disciples. Affecter à un autre de pouvoir de comprendre « mieux » nourrit notre espoir que comprendre serait, « malgré tout », possible - entendons ce « malgré tout » au sens du « Je sais bien, mais quand même... » d'Octave Mannoni : comme l'expression d'un déni, ou d'une dénégation. Or, dans cet espoir, cette croyance, se profilent la passion du maître, les délices de la servitude. Dans la jubilation de ce rêve, le désir n'a effectivement plus sa place.

Reprenons maintenant les questions relatives à la « transmission » : qu'est-ce que transmettre ? que transmettons-nous ? à qui ? dans quelles circonstances ? pourquoi ? ... Qui pourrait y répondre ?

Ce que nous pouvons transmettre passe par une écoute qui valorise la singularité de chaque discours. Il importe que l'analyste sache démêler la demande du désir, en donnant le statut d'énigmes à des évidences qui jusqu'alors étaient supposées partagées, à des mots que l'on croyait compris par tous de la même façon : interroger ces « évidences » offre aux analysants la possibilité de déchiffrer les enjeux qu'ils poursuivent.

C'est le pari de l'analyste. Ce pari mérite-t-il d'être tenu ? A moi, en tout cas, il me semble plus riche que ce qu'occasionnent les mirages de l'amour, de la passion de l'ignorance et de la passion de la servitude. Et c'est cette transmission qu'il me semble important de pouvoir soutenir, malgré les écueils rencontrés.

La plupart des intervenants ont évoqué des situations hospitalières, des collaborations plus ou moins fructueuses avec les médecins, les soignants. Certes, l'écoute que je viens d'évoquer ne fait pas partie du registre de la médecine - ce n'est pas à mes yeux, loin de là, une critique à adresser aux médecins : les médecins ont à cœur de relever des signes qui pour eux sont parlants ; se préoccuper de la dimension de demande de reconnaissance présente dans toute parole leur serait de peu d'intérêt pour établir leur diagnostic.

Cela ne nous empêche pas, pour autant, de pouvoir leur transmettre - et je crois que c'est la seule chose qui est pertinente à leur transmettre - que cette dimension existe, que le méconnaître n'est pas sans inconvénient... que s'il importe à un patient de parler, il existe quelques oreilles pour pouvoir accueillir cette parole ; qu'adresser un patient à un psy, si c'est ainsi envisagé, n'est en rien une défausse.

On pourrait peut-être aussi répondre à la question itérative sur l'écriture dans les dossiers, sur une « transmission psy », sans la réduire aux débats entre secret et confidentialité, quel qu'en soit l'intérêt par ailleurs ? Poser la question en termes d'intrusion dans l'intimité, comme cela a été fait tout à l'heure, me semble déjà plus riche à explorer ; mais cette question, aucune loi ne pourra jamais la régler.

En guise de conclusion, momentanée, en accord avec ce qui a été aussi affirmé par certains au cours de cette journée, on pourrait peut-être retenir ce fil rouge : ce qu'un « psy » a à accomplir est toujours vis-à-vis de son patient.

Et si l'on affirme vouloir soutenir, voire si l'on revendique une position analytique, comment envisager d'informer médecins, soignants, bénévoles, ou qui que ce soit, des énigmes qu'un patient soulève, dans le transfert, alors même que ni l'analyste ni le patient ne peuvent savoir où elles vont les conduire ? Transmettre à d'autres les termes et les problématiques singulières des patients, revient à les trahir, et à figer ce qu'ils ont dit à un moment donné, à une personne donnée.

En matière de transmission, le travail d'un « psy » qui revendique une écoute, une position analytique - ces termes associés mériteraient d'ailleurs aussi critique -, ne consiste ni à « révéler » (?!) ce qu'un patient a pu lui dire - ou non -, en réfléchissant aux termes qui seraient les plus adéquats pour le faire entendre, ni à faire une évaluation ou à établir un diagnostic. J'insiste : « savoir », avoir la conviction de savoir ce qu'a dit un patient, réfléchir à ce qu'il serait bien « pour » lui que l'on sélectionne dans ce qu'il nous a dit, pour le transmettre à d'autres, ou établir un diagnostic revient au même : c'est se situer comme expert, et se situer comme expert, s'instaurer comme sachant, empêche, nous l'avons vu, le déploiement de la parole du patient.

En me référant, sans le commenter, à un autre aspect qui a été dénoncé : que l'on puisse se préoccuper de la bonne réputation que pourrait conférer un « bel écrit » dans un dossier, je vais essayer de reprendre encore autrement : quelle pertinence y aurait-il à ce qu'un analyste, ou même un psychiatre, comme Roser l'évoquait, dise d'un patient - en pensant peut-être que ce langage serait commun, et ainsi moins incompréhensible - qu'il est pervers, hystérique, obsessionnel, phobique, toxicomane suicidaire, ... ? Énoncer un tel supposé savoir ne saurait que figer ce patient dans une nomenclature. Alors que ce qui importe, du moins peut-on l'espérer, n'est pas que le patient soit étiqueté, catégorisé, mais qu'il puisse déployer quelques raisons de vivre. Notre rôle, en tout cas, n'est pas de gratifier, aux dépens du patient, ceux que les nécessités, ou les plaisirs, de l'existence contraignent à établir des fiches sur le cas des autres.

Revenir sur cette pratique est peut-être ma propre tentative de transmission aujourd'hui, dans l'espoir ou l'illusion que cela pourrait peut-être modifier quelque chose dans la pratique de certaines institutions.

Mon dernier point concernera d'ailleurs la pluridisciplinarité, les dossiers, les staffs, etc.

Je ne nie pas l'intérêt des staffs pluridisciplinaires : ils peuvent avoir un intérêt certain, pour les patients et pour les soignants. Pour les soignants, la présence d'un « psy » apparaît pertinente dans la mesure où certains patients suscitent chez eux quelques angoisses : que ces angoisses soient reconnues par d'autres, estompe certaines colorations douloureuses de ces angoisses. Le « psy », dans ces staffs, n'a aucunement à faire entendre sa voix dans le concert d'autres voix - chacune adressant aux autres sa demande de reconnaissance - en donnant un avis, en proposant une conduite à tenir, ... ; il ne s'agit pas non plus qu'il « interprète », comme s'il détenait la clé des secrets cachés dans la parole des autres, ou qu'il se mure dans un silence majestueux. Son rôle consiste, « simplement », à souligner l'ambiguïté de certains termes, de certaines formules, qui deviennent ainsi riches d'énigmes. Il peut aussi entendre, faire entendre les difficultés ressenties par les soignants lorsqu'ils se sentent jugés par leurs collègues ou par l'un ou l'autre de leurs patients ; se sentant mal jugés, certains réagissent par des manifestations d'agressivité. Elucider cette difficulté confère un intérêt non

négligeable à ces réunions : permettre aux soignants de s'interroger sur leur propre écoute, leurs propres réactions, réduit la part d'agressivité que les patients reçoivent de la part de leurs soignants, sans négliger l'agressivité des soignants entre eux.