

France/Cambodge/Vietnam : Enfance et VIH/SIDA
COMPTE RENDU DE L'ACTION 1. DU PROJET GARDOIS 2010
Mission de OP Vanna – psychologue cambodgien
sur Nîmes

Dates de mission : du 5 au 10 octobre 2010 - Toulouse ; du 11 au 21/10/2010 - Nîmes.

De l'entraide professionnelle entre psychologues à la consolidation d'une coopération

A. En amont, la préparation d'un travail de lien et de suivi

Les prises de contact, les rencontres et les écrits effectués entre 2006 et 2007 lors de l'élaboration du Projet gardois 2006-2009 ont permis la réalisation de cette mission. En effet, les liens ainsi créés puis entretenus auprès des différents professionnels gardois impliqués au sein de structures d'aide aux personnes contaminées et/ou à risques sont probablement à l'origine de l'accueil de qualité, bienveillant et riche en pistes de travail qui a été réservé à notre confrère cambodgien OP Vanna. Dans le but d'optimiser le fonctionnement de la future structure de prévention VIH à Phnom Penh dont la mise en place est prévue pour courant 2012 - action 3. - projet gardois 2010, cette entraide professionnelle a pour objectifs de renforcer :

- les connaissances par l'échange (sur la maladie, les différents outils de travail)
- le savoir-faire (sur les méthodes utilisées : propositions d'ateliers d'expression d'émotions)
- la pratique clinique (prise en charge de la souffrance psychique des patients et de leurs familles).

L'ADEPASE visant l'autonomie de fonctionnement des personnels formés et de toute structure impliquée nomme OP Vanna (le pôle cambodgien du binôme franco-cambodgien) à être porteur de cette action au Cambodge. Il se charge de transmettre les connaissances nouvellement acquises à ses collaborateurs.

De plus, en permettant par ces échanges de savoir-faire et ce, tout en spécifiant le statut de nos différences, l'accès pour : apprendre, améliorer et adapter les compétences professionnelles de Vanna, nous soutenons aussi son désir d'introduire une approche humaniste dans son pays.

B. Rencontres et organisation de séances de travail avec les interlocuteurs gardois spécialistes de la transmission VIH

• ARAP-RUBIS : Action de Santé Communautaire en Milieu Professionnel.

23 rue de Beaucaire. 30000 Nîmes. Tél.04 66 76 06 51. arap.rubis@wanadoo.

Pôles : VIH/Santé Social Ressources. – Domaine d'intervention : milieu prostitutionnel.

Le 9 janvier 2007 : je rencontre Claudéric BLANCHEMAIN, Psychologue clinicienne à son cabinet sur Montpellier. Bénévolement, cette praticienne intervient au sein de l'Association ARAP Rubis. Elle me recommande vivement de prendre contact avec l'équipe d'acteurs sociaux (éducateurs, psychologue etc.).

Le 12 octobre 2010, Vanna et moi sommes présentés à Franck MARTIN, Chargé de mission et responsable du Centre, par la suite l'entretien se déroule exclusivement avec Caroline MIGLIORINI, Psychologue en poste sur un mi-temps depuis un an au sein de cette structure.

Présentation : Il s'agit d'une association de loi 1901, d'action de santé communautaire en milieu prostitutionnel. A.R.A.P Rubis travaille à aborder les problèmes sanitaires et sociaux tels que santé, prévention, droits, accès aux soins, sécurité, insertion, sexualité, droit à la maternité et au rôle de mère. Les objectifs VIH/SANTE sont : la prévention VIH, IST, la réduction des risques et l'information toxicomanie, la prévention des hépatites, des traitements & vaccinations, l'Information, l'accès aux soins, le suivi médical et les accompagnements, la contraception et le droit des femmes. Les objectifs à caractère social sont : d'accéder à la citoyenneté et au droit commun, de favoriser l'estime de soi et les échanges basés sur le respect, de permettre l'autonomie par l'accès aux différentes structures médico-sociales et associatives, de développer une prise de conscience des droits des femmes, de lutter contre l'exclusion & les discriminations, d'établir des dossiers administratifs, de soutenir les personnes victimes du trafic des êtres humains.



La composition de l'équipe : un chargé de mission, 3 infirmiers, 1 psychologue et une dizaine de bénévoles. La spécificité de cette association, à caractère communautaire, réside dans la composition de l'équipe pluridisciplinaire de travailleurs qui sont issus, pour la plupart, du milieu prostitutionnel. L'essentiel du travail du psychologue consiste à créer et à maintenir un lien de confiance. A ce propos, Caroline MIGLIORINI se joint régulièrement à l'équipe du Camping-car médico-social pour se rendre sur les lieux de prostitution - de la ville de Nîmes le mercredi de 22h à 2h et à la périphérie de la ville ou dans le département les lundi, mardi, vendredi de 14h à 19h –

et ainsi aider à ce que la rencontre puisse se faire. La participation à des groupes de parentalité leur est proposée Les personnes peuvent également bénéficier de séances de soutien psychologique.

Mais, un véritable travail d'élaboration est rare ; il s'agit souvent d'entretiens de conseils ; la forte culpabilité, la honte, le secret barrent l'accès à la confiance. Caroline MAGLIORINI cherche différentes méthodes afin de les aider. Ces sujets ne sont pas dans la demande.

Les chiffres 2010 : 8% des patients sont infectés par le VIH. 10 % de la population sont des transsexuels – la majorité n'ont pas subi l'opération chirurgicale pour changer de sexe. 76% sont des femmes de 55 ans. En 2010, une augmentation de la fréquentation est constatée, serait-ce dû à l'augmentation des personnes se prostituant? La plupart d'entre elles ont moins de 25 ans et touchent le RSA. 80% sont des mères célibataires de type monoparental.

Le profil psychologique des personnes prostituées : lorsque nous abordons la question le sujet semble délicat car il ne s'agit pas de les affubler d'un « prototype » qui n'existe pas selon Caroline MIGLIORINI.

L'équipe d'ARAP Rubis propose à Vanna de participer à l'action du Camping-car mais, faute de temps pour travailler, la question de la confiance auprès des personnes prostituées n'a pu s'établir et cette action n'a pu être réalisée.

Le 19 octobre 2010, Vanna rencontre deux animateurs Nordine et Chantal. Permettre le maintien du cadre semble l'essentiel de leur fonction.

Approche psychologique globale du phénomène prostitutionnel

L'entrée dans la prostitution : elle est la conséquence de facteurs multiples, d'un enchevêtrement de raisons personnelles et sociales, tant la prostitution est non seulement tolérée mais organisée et encouragée par nos sociétés. En effet, on note l'importance des rouages intermédiaires entre l'itinéraire personnel et l'institution sociale qu'est la prostitution. Médiateurs de tous ordres et proxénètes sont des maillons essentiels du système.

A l'origine, une détresse personnelle? : les pressions peuvent provenir d'un individu ou d'un réseau organisé, utilisant aussi bien la violence et la menace, que l'influence et le conditionnement affectif. Proxénète et personne prostituée ne se rencontrent pas par hasard. Le premier a en général connu lui-même un parcours problématique, fait de carences et d'échecs, et cherche dans le "milieu" un lieu de valorisation et de pouvoir. La seconde établit avec lui des relations illusoire - est-il père, amant ou mari ? - destinées à combler un manque affectif. Un des piliers de cette exploitation vivace est la détresse personnelle.

Des carences affectives et éducatives : l'acte prostitutionnel apparaît en effet comme un symptôme de souffrances profondes et une tentative de recherche de solution face à ces souffrances. Alors est abordée la question des traumatismes affectifs et sexuels de l'enfance de ces personnes, des carences affectives et éducatives du père et de la mère. Chez ces femmes l'on retrouve une importante fragilité affective et une certaine immaturité.

Des traits dominants: l'angoisse d'abandon, le rejet, les frustrations affectives intenses et les difficultés d'identification sexuelle.

Des représentations du masculin et du féminin défailtantes : les pères ont presque toujours des images d'hommes très faibles, la défaillance est quasi générale de la fonction paternelle et les mères apparaissent comme dévorantes et très possessives ; les personnes prostituées se trouvant face à elles dans un rapport complexe où se mêlent la haine et une demande éperdue d'amour. Il y aurait dans la prostitution une sorte d'exagération de l'image de la femme, une recherche d'identité, une quête du féminin. Le doute subsiste sur l'identité sexuelle : "suis-je une femme ?" La femme prostituée veut prouver sa séduction, elle engage un véritable effort de représentation de la féminité, un effort de construction et de destruction de la femme, entre pulsion de vie et pulsion de mort. La prostitution serait un lieu de recherche du masculin et du féminin, une expérience de la différence sexuelle. Les femmes prostituées règlent des comptes avec le féminin plus qu'avec le masculin et elles tiennent les hommes pour "rien" Ce comportement ostentatoire serait adressé à quelqu'un...un personnage féminin, bien souvent la « mère ».

De l'importance des traumatismes de l'enfance : une forte concentration d'événements sur le corps, une sexualité omniprésente, une "effraction sexuelle" est à l'œuvre, d'où cette difficulté de mise en place de la sexualité. Il peut s'agir d'événements réels comme des incestes, des abus sexuels ou de simples paroles ou attitudes relatives à la sexualité prononcées par des personnes incarnant l'autorité ; ces paroles et ces attitudes, souvent insultantes, agissent comme des messages, des ordres, qui pourront pousser l'enfant, beaucoup plus tard, vers la prostitution. L'agression sexuelle provoque une effraction de l'enveloppe corporelle et affective : Il y a à la fois un sentiment de honte, de culpabilité et de salissure.

Si ce sentiment de culpabilité perdure, il peut créer la répétition, ce qui fait que le corps va être sali en permanence. C'est ce qui se passe par exemple dans la prostitution. Dans certains cas, les jeunes filles vont avoir l'impression de se venger des hommes. En réalité, elles se déstructurent et payent le fait d'avoir été victimes.

La valeur symbolique de l'argent : l'argent est censé permettre une revalorisation par rapport à des sentiments d'indignité et d'infériorité très forts. C'est également un moyen de faire payer aux hommes un dommage, de croire acquérir le pouvoir, le phallus. Par ailleurs, la dépression et le besoin d'excitations sont massifs. Toutes ces raisons incitent ces femmes à chercher une solution dans la prostitution, milieu qui les met aussi en danger. La violence subie se reproduit : soit en conduite active de destruction, soit en état de dépendance et de passivité. Seul l'argent, comme versant social de la prostitution, permet de faire croire à la prostituée qu'elle ne subit pas et qu'elle n'est pas victime.

La fonction symbolique du milieu prostitutionnel : il renvoie à un lieu manquant, à quelque chose qui a profondément fait défaut. L'on pourrait dire « le psychologue du milieu » au sens où il représente en effet un pôle attirant en ce qu'il semble remplir une fonction de reconnaissance sociale et de revalorisation de soi. Lieu de suppléance, pseudo-sécurisant, pseudo-chaleureux, il fait office de famille, comme le montre d'ailleurs le choix d'un certain vocabulaire : mère maquerelle, fille de joie, "maison" close... Il attribue un nom, transmet un système de valeurs, un code de conduite, il propose des lois, un ordre à respecter.

La prostitution comme recherche de sens? : L'on n'y entre jamais par hasard. L'acte prostitutionnel apparaît comme un symptôme mais aussi comme une recherche éperdue de sens, une tentative de solution à des conflits psychiques profonds. Ce que communément l'on interprète comme une réponse instantanée à un besoin d'argent, prend en réalité sa source jusque dans la petite enfance. C'est un "mauvais climat affectif" qui a entouré l'enfance des personnes, particulièrement au stade le plus précoce, en plus des carences au niveau moral (au sens large) et éducatif. Celles qui se prostituent sont celles qui n'ont pas été en tant qu'enfants symboliquement reconnues. Elles cherchent alors à "*se faire reconnaître dans la réalité comme un objet de désir*". Tout se passe comme si, dans la prostitution, les personnes prostituées cherchaient un regard, sur elles, qu'elles n'avaient pas eu.

• LOGOS, Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

Agrée par le ministère de la Santé. 8 Rue Tédénat. 30900 Nîmes. Tél. 04.66.21.07.89. Fax. 04.66.76.14.23.

Le 19 octobre 2010, avec Vanna, nous rencontrons, sur les conseils de Franck MARTIN de l'association ARAP RUIBS, Gilles BURNET, Psychologue en poste à temps plein depuis 17 ans. LOGOS est un lieu d'accueil qui permet l'accompagnement par des actions spécifiques dont les entretiens éducatifs et psychologiques, les consultations médicales – psychiatre, hépatologue - en addictologie, des traitements de substitution, des actions de prévention et des actions de réduction des risques etc.

Origine et présentation de LOGOS : il s'agit d'un centre de soin qui a été créé par un pasteur en 1985 au Nord du Département. Il s'agissait d'un centre avec hébergement avec une capacité d'accueil de 30 personnes sur une durée d'un an. Les seuls contacts du patient sont avec les soignants. Cette coupure d'avec l'environnement familial est réalisée volontairement. En 1985, LOGOS perd sa notion d'hébergement ainsi que ses références religieuses. Désormais, LOGOS agit sur demande de la famille ou du juridique. Il existe quatre centres de soin dans le Gard composés de 2 médecins généralistes, de 4 psychologues et de plusieurs pharmaciens qui participent aux actions LOGOS.



L'équipe pluridisciplinaire de Nîmes se compose pour la direction, de Jean-Paul GONO et de son équipe pluridisciplinaire Véronique De Laforge, infirmière puis Adeline La Rocca, secrétaire et un psychologue qui prend en charge la souffrance psychique du sujet. La loi en France interdit qu'une salle d'injection soit dans les locaux en revanche la distribution de seringues est autorisée. La problématique du toxicomane est qu'en s'administrant de la drogue il traite ainsi sa souffrance, c'est son mode de fonctionnement habituel.

Si « prise de drogue, pas de souffrance » ainsi de cette façon ces personnes peuvent difficilement se sortir de cet engrenage.

Alors quelle est la position du psychologue dans de telles conditions?

Sa posture est l'empathie, la bienveillance. Il oriente les patients vers des associations spécialisées (judiciaire, santé, social) en fonction du cadre, par exemple, il peut être judiciaire. Il est difficile avec de tels patients qu'un transfert puisse se mettre en place. Pour Guy BURNET, le toxicomane met en concurrence : une prise en charge par le psychologue et une prise de drogue. Le psychologue doit être là pour soutenir un sujet dans sa démarche de soin dont l'enjeu est d'aider à la réinsertion sociale, et pour abaisser sa consommation de drogue.

Le centre dépend d'un règlement : référencé à la loi dans le domaine de la médicalisation (VIH). Il s'agit d'une population dangereuse avec des risques de contamination. Le produit de substitution (la méthadone) est autorisé sous plusieurs conditions (à l'attention des personnes malades et des délinquants il est interdit pour les personnes faisant le trafic - les dealers -). En France, la prise de méthadone est gratuite et se réalise avec le respect de l'anonymat et c'est le médecin qui réalise la prescription. Cependant en fonction du dosage, une infirmière peut décider de la posologie.

Des campagnes de distribution de seringue sont réalisées gratuitement – il s'agit d'un kit d'injection avec trois seringues. En effet, pour de meilleures conditions, trois seringues par jour sont nécessaires.

Depuis 1970, on reconnaît le statut de « malade » pour le toxicomane, auparavant il s'agissait d'un délinquant. Les produits de substitution sont autorisés depuis 1994 et soumis à une législation. La prise en charge a été autorisée le 30 janvier 1970, auparavant une personne qui commettait un délit avait pour obligation de se soigner ou bien s'il refusait, il allait en prison, il s'agit donc d'une injonction thérapeutique.

La peur du manque pour ce patient est beaucoup plus importante que l'appétit de jouissance. L'avantage qu'offre la méthadone est qu'avec une prise régulière le manque ne surgit pas.

On ne peut pas définir un "profil psychologique type du toxicomane " mais leurs points communs sont les troubles durant l'enfance : sentiments d'abandon, l'alcoolisme, une mère envahissante, abandonnique, la question de la perte. Concernant la fonction du père elle est quasiment absente par exemple : pas de références à la paternité. Les entretiens de soutien sont spontanés ou collectifs au détriment des prises de rendez-vous.

Les traits dominants de ces personnes : la transgression, le manque, le mensonge, une défaillance du rapport à la loi « le Nom du père », la jouissance, les prises de risques, le trait psychotique car la drogue peut aider à colmater la psychose, la schizophrénie – hallucinations massives.

Gilles BURNET pose la question d'adaptabilité des outils thérapeutiques français à ceux du Cambodge? Ne serait-il pas judicieux de s'appuyer sur l'existant de référents culturels, traditionnels, parmi lesquels la religion et les croyances?

Vanna acquiesce vivement cette proposition. Enfin, Gilles BURNET propose de partager sa pratique clinique avec Vanna lors d'une prochaine venue sur Nîmes.

Réflexions sur la question de la dépendance chez le toxicomane

POINT DE VUE PSYCHANALYTIQUE

La prise de drogue comme évitement de la perte : l'homme se construit à partir de son état de dépendance primaire. L'état de dépendance est donc la matrice où va s'initier et se mémoriser l'expérience du besoin et de la jouissance ; une matrice où l'angoisse va trouver ses significations, ses apaisements, ses représentations imaginaires, ses mécanismes de défense pour différer l'état de frustration, et pour produire la satisfaction.

A l'origine, le manque comme élaboration du désir : C'est lui qui, introduisant la dimension temporelle de l'attente, constituera le désir. L'intériorisation de l'absence temporaire de la mère est couramment considérée comme fondatrice du passage du besoin au désir. Cet accès au désir en même temps qu'à la relation objectale c'est-à-dire la relation à un autre sujet capable d'amour est donc conditionné par la qualité des satisfactions et des séparations qu'il peut trouver dans ses échanges avec l'objet.

La recherche du plaisir instantané et ses conséquences : l'utilisation de la drogue mais aussi le jeu, la compulsion au travail, à l'argent, à la consommation, etc. peuvent satisfaire un besoin et éviter la confrontation au désir et à la pensée car ils sont pourvoyeurs de plaisirs instantanés, dénués en eux-mêmes d'affects, et censés n'être là que pour combler les moindres vides, les moindres manques. Le sujet ainsi, s'il s'interdit d'entrer véritablement en relation, s'isole, s'empêche le mouvement et le changement. Il se fige dans une histoire qui devient une non-histoire.

En vérité c'est la situation d'être piégé qui est inconsciemment recherchée d'emblée.

Des carences de la relation mère/enfant comme prédispositions de certains sujets à la toxicomanie : pendant la petite enfance, on retrouvera dans nombre de cas une difficulté à établir la " juste distance " entre mère et enfant soit trop peu de présence, soit trop peu de maternage (qui peut laisser la trace psychique d'un sentiment d'abandon, de vide affectif insupportable). La consommation de drogues est alors tentative de lutter contre la dépression et le sentiment d'abandon.

Lutte aussi contre la culpabilité qui pousse l'enfant à penser qu'il est responsable de cet abandon, (il n'était pas le bon objet de la mère), donc haine de soi. Soit une surprotection (une mère trop présente qui étouffe son enfant).

Ou alors la mère qui ne saurait pas, ou ne pourrait pas distinguer la signification des cris de son bébé (la demande) et y répondrait par une nourriture systématique, favorisant la dimension orale, donc le recours ultérieur à des pratiques d'incorporation, à la place de la parole, de l'échange, donc d'un processus de mentalisation.

La mère qui anticipe les besoins, qui écrase la demande de l'enfant, donc pas de frustration, de perception de manque, (c'est le manque de manque). Parfois les deux extrêmes alternent ; parfois l'ambivalence traduit sous forme surproductrice un désir profond et censuré de rejet ou de mort sur l'enfant. Les maltraitements physiques et, singulièrement chez les jeunes filles, les antécédents de viols, sont souvent rapportés parmi les blessures infantiles chez des adolescent(e)s présentant des troubles graves des conduites sociales (comportements délinquants, etc.).

Mais se retrouvent très souvent aussi, des blessures affectives laissées par des abandons, des rejets, des indifférences ou des relations ambivalentes et non maîtrisées par les parents.

Des parents alors eux-mêmes accaparés par leurs propres dépendances non dépassées qui prennent parfois figures pathologiques (alcoolisme notamment chez le père, dépression chronique de la mère, etc.).

L'importance de la Loi symbolique : celle qui pose la question de la séparation, par conséquent l'importance à accorder ici au pôle paternel. Ce qui se trouve donc interrogé c'est la qualité des relations mère-enfant, relations souvent insuffisamment soumises à une Loi symbolique, la Loi du Père.

La problématique de la séparation impossible : La difficulté de séparation n'est pas élaborée mais contournée et remplacée par une relation de dépendance toxicomaniaque dans une consommation répétitive de la drogue ; toute confrontation au manque est ainsi évitée. Les personnalités "addictives" sont bien souvent aux prises avec la problématique de la séparation impossible.

La défaillance paternelle : qui n'aurait pas introduit la loi entre la mère et l'enfant, loi structurante (loi interditive puisqu'elle interdit les désirs incestueux sur la mère, mais non persécutrice puisqu'elle ouvre la relation aux autres, au désir de l'autre).

Dans les antécédents pathologiques des toxicomanes on retrouve beaucoup de tentatives de suicide, ce qui donne à penser qu'il existe des analogies structurales à l'origine de ces deux comportements autodestructeurs.

La période de l'adolescence comme résolution de la question oedipienne et de la menace de castration. En effet, la forme de toxicomanie qui pose problème est celle qui advient à l'adolescence et au début de l'âge adulte autour de la question oedipienne et de la menace de castration.

Acquérir une autonomie (non pas une abolition de toute dépendance mais une diversification et une plus grande distance vis-à-vis de ce dont on dépend), c'est se construire comme sujet en tant qu'ayant sa propre identité. C'est accepter de renoncer aux protections du Jardin d'Eden de l'enfance.

Mais il n'y a pas d'identification sans une certaine reconnaissance de ses dépendances. Si celles-ci sont violemment rejetées c'est souvent pour tenter de répondre aux besoins internes, de rompre avec celles trop intenses ou trop absentes de l'enfance. Sans cette sécurité du lien c'est la peur de l'abandon qui prédomine et il ne peut y avoir d'individualisation assumée.

La clinique de l'adolescence est marquée du sceau de sa problématique dont les caractéristiques sont la dépression, la sexualisation, le choix de son identité et la tendance à agir.

La première prise de drogue : pour faire face aux pulsions nouvelles, érotiques ou agressives, l'adolescent normal doit faire des efforts complexes d'adaptation psychique. Certains, incapables de fournir ces efforts vont recourir à la drogue pour " geler " les pulsions. Par la découverte de la drogue, l'adolescent règle d'un coup, tout et tout de suite dès le départ, le sort du temps : de l'attente, de la frustration, du conflit, de l'investissement narcissique, de la transformation du corps, de l'angoisse de castration liée aux identifications sexuelles.

Avec cet objet, l'adolescent pense ne plus être tributaire du désir de l'autre et de la déception qu'il peut occasionner. Mais le piège se referme sur lui, et là où il croyait se délivrer du pouvoir, de l'objet, il retrouve la dépendance par rapport à un objet matériel qui va le dominer bien plus que, lui-même, ne le dominera.

La toxicomanie comme symptôme familial :

La dépendance toxicomaniaque n'a de sens que si on la resitue dans le contexte familial. Toute approche familiale devrait d'ailleurs être envisagée d'un triple point de vue : la famille au moment de l'enfance du sujet, la famille à l'adolescence du même sujet, la famille après la découverte de la toxicomanie.

Redisons avec netteté qu'il n'existe pas de famille type. Il s'agit de facteurs complexes et multiples parfois très précoces dont la résultante d'ensemble a pu jouer un rôle dans l'organisation problématique de la personnalité du sujet.

• C.H.U. Carémeau, Service des Maladies Infectieuses Tropicales (S.M.I.T.) :

Le 25 mars 2007, je rencontre Anne GRANGEON, Psychologue clinicienne tél. 04.66.68.38.20 en poste au service S.M.I.T. de l'Hôpital Carémeau dans le cadre des journées Sidaction qu'elle organise. Quatre axes d'action sont privilégiés : faire progresser la prévention de terrain auprès des jeunes et des publics les plus éloignés de l'information ; accroître les moyens consacrés à la prise en charge psychosociale et à l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées par le sida ; développer l'accès aux soins et aux traitements des malades des pays en développement.

Sidaction a été l'une des premières associations de lutte contre le sida à financer l'accès aux traitements antirétroviraux. Aujourd'hui, 85 % des malades ayant besoin d'être mis sous traitement n'y ont toujours pas accès.

Le 20 octobre 2010, nous sommes reçus avec Vanna en salle de réunion du service SMIT. Anne GRANGEON nous transmet les noms de personnes ressources à sa connaissance : Dr Germaine BACHELARD, Centre Avicenne, 18 rue IBN Sinâï – 66330 CABESTANY, tél. 04 68 86 28 07, E-mail : bachelard.germaine@wanadoo, Sur Perpignan, il s'agit de la 2ème pédiatre de la région s occupant du VIH.



Sur Montpellier, à l'Hôpital Arnaud de Villeneuve, Dr Muriel LALANDE au service de Pédiatrie Infectieuse du Professeur Michel RODIERE, Pédiatrie III : secrétariat 04 67 33 66 43.

De plus, Anne GRANGEON se propose d'échanger avec le Dr Isabelle ROUANET - qui semble avoir plus de patients asiatiques séropositifs mais également elle se charge de prendre contact avec le Professeur SOTTO pour l'informer des actions de notre association et lui demander si l'on peut les contacter en cas de demande de renseignements. Nous sont transmises aussi les coordonnées de la Société Française de Lutte contre le Sida – du Groupe Hospitalier Pellegrin sur Bordeaux, qui régulièrement organise des séminaires et des conférences. Enfin Anne propose à Vanna de participer à des entretiens cliniques, mais faute de temps, il ne pourra répondre à cette proposition.

Anne GRANGEON est très intéressée par notre projet et souhaite être informée de l'avancée de nos actions voire y contribuer.

La prise en charge VIH : les activités du service hospitalier spécialisé

Suivi et Accompagnement du patient séropositif

Une équipe d'accompagnement médico-psycho-social est au service du patient séropositif. Chaque membre est formé pour recevoir toutes les préoccupations du patient et répondre à toute question concernant le traitement ou la prévention de la transmission du VIH ainsi que des autres infections sexuellement transmissibles.

Constitution de l'équipe : médecins, infirmières, assistantes sociales, une psychologue, une diététicienne et le personnel administratif.

Cette équipe propose une aide personnalisée dans différents domaines : le suivi médical prend en charge le patient au niveau de l'infection, de la mise en place du traitement si nécessaire et assure son suivi. Cette prise en charge est réalisée en collaboration avec les médecins traitants (interactions médicamenteuses, effets secondaires...).

Les infirmières se chargent de répondre aux questions concernant l'infection par le VIH, la prévention de la transmission, le désir d'enfant. Afin de préserver la qualité de vie du patient, elles peuvent l'aider dans la prise du traitement parfois assez exigeant (établissement du schéma de prise, explication des effets secondaires possibles...). Les difficultés liées à l'infection par le VIH, qu'elles soient d'ordre alimentaire, sexuel ou autre peuvent être abordées lors de ces consultations. Les infirmières aidées des assistantes sociales facilitent également la liaison entre le patient et les différents intervenants intra et extra hospitaliers (exemple : autres consultations spécialisées, service de soins à domicile).

Le service social vise à prévenir ou à résoudre autant que possible les difficultés d'ordre administratif, financier, familial, scolaire, professionnel ou autre. Les assistantes sociales travaillent en collaboration avec le réseau institutionnel existant (CPAS, mutuelle, services sociaux, centres d'hébergement, avocats,...) et s'intéressent aux pratiques sociales concernant l'infection par le VIH dans notre pays (accès aux soins, aux assurances, médecine du travail, séjours humanitaires, ...).

Les patients peuvent accéder à un suivi psychologique sous forme d'entretiens individuels. Les entretiens psychologiques consistent en un temps de parole permettant d'aborder le vécu subjectif par rapport à la maladie et ses incidences. La diététicienne donne des conseils pour acquérir ou maintenir une alimentation saine et équilibrée. Elle adapte un régime alimentaire en fonction de chaque patient (perte/prise de poids, cholestérol, diabète).

« La psychanalyse à l'épreuve du Sida » propos du Dr S. HEFEZ (1)

Dans son livre, « *La psychanalyse à l'épreuve du Sida* » François POMMIER se met lui-même en garde : « *Comment ne serais-je pas conscient de la fragilité des modèles que j'élabore et qui sont à recréer sans cesse puisque la mort de l'autre me replonge toujours dans le rapport que j'entretiens à la mienne, impensable, unique, et qui justement n'est pas celle de l'autre ?* ».

Le thérapeute va constamment engendrer des lieux scéniques propres à recevoir des manifestations psychiques très physiquement produites, même s'il s'agit de paroles. Cette prise en compte essentielle d'une sensorialité, cette sollicitation kinesthésique conduisent l'analyste à être mobile et en éveil à partir de sa propre réserve de silence et d'immobilité.

C'est dans une interrogation constante sur son désir d'être là avec ses patients que François POMMIER dans son livre nous retient le plus; « *comment la maladie et ses représentations pénètrent les échanges et mobilisent sa pensée et sa parole ?* ». Egalement y est décrit cet état de résonance fait à la fois d'introspection et d'empathie qui permet de se situer dans l'expérience de l'autre, afin de comprendre sa réalité interne spécifique et de mettre en suspens sa propre conception de ce qui est réel.

Cette capacité de régression au processus primaire du fonctionnement psychique, cette tolérance à une relation fusionnelle transitoire, cette liberté de se laisser aller aux associations imaginaires mènent à une compréhension affective et cognitive des patients... à une « *intimité avec détachement* ».

• CDAG, Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

- DAV -(Sida - MST IST - Tabagisme - IVG - Danger Téléphone Portable - équilibre alimentaire) - .40 Bd Victor Hugo. 30000 Nîmes. Tél : 04 66 87 66 70. cdag.nimes@orange.fr

Le 19/09/2006, rencontre avec Rémi LOMET, Psychologue et le 19/09/2006 c'est le Dr Isabelle BROSSON, Responsable du CDAG avec à ses côtés Dominique HENRYOT, Sage-femme qui me reçoivent.

Le 21 octobre 2010, Vanna et moi sommes reçus dans la salle d'attente du CDAG par Dominique HENRYOT, et Rémi LOMET, Psychologue. Les axes d'intervention du centre sont : la *consultation* (accueil public, dépistage...) l'*intervention* (en Maison d'arrêt) et l'*information collective* (à l'Université, en LEP Jules Raimu etc...). L'équipe est constituée d' 1 infirmière sage-femme, en charge des interventions de prévention à l'extérieur, 2 médecins : dont l'un est spécialisé en dermatologie, 2 personnes chargées de l'accueil, 1 psychologue à mi-temps.

Le psychologue Rémi LOMET, de référent cognitif, est intervenu par le passé dans le domaine de l'humanitaire. Une partie de son temps de travail en plus du CDAG s'effectue au Bosquet, un Centre Privé pour enfants autistes. Rémi LOMET invite Vanna au Bosquet lors d'un prochain séjour sur Nîmes pour venir rencontrer l'équipe d'acteurs sociaux mais aussi échanger sa pratique au Bosquet mais également participer aux côtés de Dominique HENRYOT à des interventions de prévention auprès des collègues gardois.

(1) **Dr Serge Hefez**, psychiatre des hôpitaux, ainsi que psychanalyste et thérapeute familial. Il coordonne une unité de thérapie familiale dans un service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans un hôpital parisien. Il est également responsable de l'Espas (Espace social et psychologique d'aide aux personnes touchées par le virus du Sida), expert à l'Inpes (Institut national de

Le Docteur Isabelle BROSSON nous conseille de nous poser quelques questions en amont de toute action soit :

Du côté de la prévention :



Le type de public ciblé : séropositif (avec le virus) ou séronégatif (pas le virus) ? Par exemple en France, les campagnes de prévention sont essentiellement adressées aux séronégatifs. Or, lors d'une contamination il y a 2 personnes concernées : 1 séropositive, l'autre séronégative. De plus, les personnes séropositives rencontrent énormément de difficultés, du fait de la maladie, de la souffrance occasionnée mais surtout elles se trouvent confrontées à un choix très difficile : « celui de révéler ou non sa séropositivité » avec les énormes risques encourus de rejets (conjoint, famille, employeur, société). En France, des progrès énormes dans ce domaine restent à faire.

Se poser la question si, dans ces pays, la possibilité est donnée de se faire dépister anonymement puis si les outils concrets de prévention sont admis.

- Penser à adapter les outils de prévention au public concerné (adulte enfant, séropositif, séronégatif, etc.).
- Travailler sur la différence du ressenti et sur la différence des représentations.
- Recenser – pour une mise en place d'un centre médico-social - le nombre et l'âge des enfants séropositifs, les connaissances sur la maladie de chacun.
- Evaluer l'état psychique et de souffrance de chaque patient et proposer un soutien psychologique.

Du côté de la représentation du virus :

- Quelles sont les représentations du VIRUS pour les Cambodgiens ? Tenter de déterminer celles qui sont du ressort des croyances, celles qui concernent la science et le politique. De quelle façon la campagne de prévention SIDA a-t-elle été construite? Quels en sont les objectifs ? Quel est le public ciblé ? Est-elle pertinente ? Que transmettent et colportent les messages diffusés par les médias ? Quels sont les mots utilisés et à quelles fins?



Du côté de la représentation du corps :

- Quelles sont les différences de représentation du corps chez des femmes d'origines diverses ? A l'appui d'études scientifiques, la représentation du corps chez les femmes asiatiques s'avère être beaucoup plus fragilisée car elles explorent peu leurs zones génitales ceci principalement chez la femme vietnamienne de culture traditionnelle. En effet, la connaissance de son propre corps et son acceptation, ne renverraient-elle pas à une certaine liberté sexuelle? De plus, en découlent d'autres questions : celles de la place de la femme dans le couple, dans la famille, dans la société et surtout l'influence des contextes : religieux, traditionnel et politique.
- Hommes et femmes sont-ils égaux devant la maladie ? Nous savons que les organes génitaux de la femme sont plus fragilisés que ceux des hommes face aux maladies sexuellement transmissibles de par leur fonction et forme anatomique.

- Les outils de prévention en France peuvent-ils être adaptés dans d'autres pays ?_Par exemple, le moulage en résine d'un sexe masculin (exercice pratique de mise en place du préservatif) ou bien une coupe anatomique de l'appareil génital féminin.

L'équipe du CDAG nous propose quelques méthodes pratiques qui pourraient être exploitées en les adaptant.

Concernant la prise de connaissance d'avec son corps - des **séances de relaxation**, des **cours de Sexualité** avec à l'appui des outils de démonstration, par exemple, la coupe anatomique de l'appareil génital. Pour l'expression des émotions, si des mots ne peuvent pas être mis, on peut utiliser le **théâtre** opérant en nous une « véritable catharsis » permettant ainsi la mise à distance, mais aussi un **jeu de cartes** spécialement conçu sur le thème de la sexualité et le SIDA, cartes avec des images à destination d'un public d'enfants ; le travail s'effectue sur les émotions - chaque image représente un visage avec une émotion différente comme la tristesse, la joie, la colère etc.- ainsi l'enfant est questionné : que représente pour toi le sida? Peux-tu choisir l'image correspondant à ton ressenti ? Ce jeu est très intéressant car il a comme particularité de permettre l'expression des angoisses, des souffrances à des enfants ne sachant ni lire ni écrire.

Concernant un travail sur les représentations : tout d'abord, il s'agit d'analyser ce qui est en jeu lors de séance(s) afin de pouvoir adapter les outils, les moyens permettant l'expression. Par exemple, s'il s'agit d'effet de rejet, travailler sur ce point précis. Si la protection par préservatif est acceptée, alors un travail est à faire du côté de la sexualité consentie. Par exemple :

- *Mise en place de **groupes de parole***. Voir ce qui est dit, à quoi cela renvoie aux niveaux des représentations, des angoisses, de la culpabilité etc.
- *Mise en place d'**ateliers d'expression écrite*** favorisant l'expression de l'affect tout en préservant l'anonymat (chaque personne écrit sur un bout de papier anonymement ses impressions etc.).

Concernant l'amélioration de connaissances sur la maladie (ses moyens de contamination, ses symptômes etc..) - concernant la transmission de la maladie : *information par ex* : 2 personnes séropositives provoquent une surcontamination (celles-ci doivent toutes deux se protéger) - concernant la prise en charge de la souffrance psychique du patient séropositif, le psychologue et les acteurs médicaux-sociaux en ayant dégagé les troubles et symptômes affectés à ce type de patient par cette connaissance et savoir professionnel pourront réduire les sentiments de culpabilité, de peur et tenter de les aider à surmonter les épreuves. Par exemple, en Afrique, le personnel soignant vise à la multiplication des visites à domicile afin de stimuler l'entourage pour une meilleure compréhension de la contamination et permettre de tenter de pallier le rejet du sujet – inhérent à la maladie - par la famille, le groupe.

• Délégation du Gard AïDS 30

24, rue Porte de France BP 90183. 3012 Nîmes dédex 4.
Tél.04.66.76.26.07. Fax 04.66.36.22.20. nimes@aides30.org



Le 5 octobre 2010, Claude FAETMI documentaliste – il s'agit d'une reprise de contact, présentation du projet, exposé des besoins et demandes propres à la mission Un dossier écrit lui est remis. nimes@aides30.org

Le 13 octobre 2010, Vanna se rend au siège de AIDS et se présente aux membres présents. Claude lui permet l'accès à la bibliothèque spécifique VIH.

Claude FAETMI se tient à la disposition de Vanna et de l'ADEPASE pour tous renseignements complémentaires.

« Faire avancer la lutte contre le Sida, c'est faire avancer la société toute entière. Mobilisons-nous! » Extrait du site www.aids.org.

Lieux d'accueil, d'écoute, d'échange et d'information sur toutes les questions que peuvent se poser les personnes touchées par le VIH/SIDA ou tout simplement intéressées pour des raisons personnelles.

Soutenir et accompagner des personnes touchées par le VIH/SIDA et leurs proches. Les visites sont assurées chaque semaine au CHU de Nîmes ou sur demande dans d'autres services hospitaliers. Informations sociales et juridiques. Des volontaires, en lien avec une conseillère sociale, répondent aux questions qui peuvent se poser dans les domaines sociaux (accès aux droit, accès aux soins, accès au logement, etc.) et juridiques (assurances, droit du travail, de la famille, etc.).

« Les personnes vivant avec le VIH ont les mêmes droits que tout autre humain y compris celui d'avoir accès à tous les services nécessaires, à l'égalité¹ quel que soit le genre, à s'autodéterminer, et à participer à toute décision affectant leur qualité de vie et enfin de subir aucune discrimination² ».

C. Rencontre et présentation de la profession de psychologue en Asie avec l'un des représentants du partenaire financier



Le 21 octobre 2010, en fin de matinée, nous sommes reçus à l'Hôtel du Département par l'élu Jean-Michel SUAU, *Vice-président du Conseil Général et Membre titulaire de la Commission Solidarités*.

- Jean-Michel SUAU nous rappelle les grands axes de soutien de la politique départementale en matière de Solidarités internationales. Cet élu est parmi quelques-uns à avoir porté une attention toute particulière à nos actions et nous a apporté à plusieurs reprises son soutien et ce depuis le début du projet gardois en 2006.

Nous sommes tous trois ravis d'échanger sur l'avenir prometteur de notre collaboration avec le Cambodge.

¹ Les inégalités entre les sexes en matière d'éducation et de services, de responsabilités et de soins aux enfants, et le fait qu'elles dépendent financièrement des hommes interdit à beaucoup de femmes séropositives de s'impliquer. Horizons (2003). Greater Involvement of PLHA in NGO Service Delivery: Findings From a Four-Country Study. www.popcouncil.org/horizons

² La discrimination peut sévir dans bien des domaines.

D. L'ADEPASE et son antenne gardoise remercient :

- le partenaire financier (les élus, les administratifs) pour son soutien et sa confiance ;
- les interlocuteurs gardois pour leur disponibilité, leur attention et le partage de leur savoir-faire, tant au niveau des pratiques que des connaissances, propres à leurs domaines d'action ;
- les sympathisants ou membres de l'A.D.E.P.A.S.E pour leur générosité et leur contribution au bien-être de Vanna durant son séjour (hébergement, découverte de la région, dégustation culinaire, rapprochement avec ses compatriotes etc.) ;
- le confrère cambodgien OP Vanna pour ses formidables capacités : d'adaptation, d'analyse, de résistance au stress et au travail et ses grandes qualités humaines.

Programmée en avril prochain sur Hanoï et Phnom Penh, la mission (action 2. du projet gardois 2011) dont la tâche essentielle consiste au suivi de l'accompagnement professionnel de nos partenaires vietnamiens et cambodgiens est envisagée avec plaisir et sérénité.

Anne-Claude AYET
Porteur du projet gardois
Nîmes, le 18 février 2011