

Journée psy SFLS 15 juin 2018

Texte de l'intervention orale

Leila BERANI-FERNANDEZ PSYCHOLOGUE CEGIDD CHU DE ROUEN

David VAUTRIN MEDECIN CEGIDD CHU de ROUEN

## **VIH : L'ECOUTE DE LA SEXUALITE POURQUOI ? POUR QUI ? PAR QUI ?**

### **La consultation en binôme médecin/psychologue : place et rôle de chacun**

Nous allons vous présenter ce que nous avons mis en place au CeGIDD du CHU de ROUEN.

En tant que psychologue clinicienne dans le service des MIT depuis plus de vingt ans, la question de la sexualité des patients, notamment porteurs du VIH, a été cruciale dans mon travail d'accueil et d'écoute, que ce soit lors de la découverte de la séropositivité qui entraîne très souvent tout un vécu personnel douloureux que de vivre et de rencontrer l'autre avec ce virus.

En tant que médecin depuis 2015 dans le service des MIT (centre de vaccination, VIH et CeGIDD), j'ai été très vite confronté à la difficulté d'aborder avec les personnes la sexualité, sujet nécessaire afin de comprendre l'autre et d'être capable de proposer une stratégie de prévention adaptée à chacun. Il faut pouvoir également répondre à une demande de personnes souvent anxieuses quant au résultat de leurs tests de dépistage. Aborder ce thème si sensible de la sexualité est complexe et peut être mal vécu autant par la personne que par le consultant. Il est pour cela nécessaire d'être dans une écoute bienveillante et non jugeante malgré la diversité des situations rencontrées, préalable indispensable à l'établissement d'une relation de confiance. Cela me semblait d'autant plus complexe qu'aucune formation n'est proposée durant le cursus universitaire. Cette idée de consultation conjointe m'a donc semblé pertinente afin d'avoir un regard extérieur sur les consultations.

L'écoute de ces personnes aux modes de vie parfois bien loin de ce que les soignants connaissent nous a obligés à nous confronter d'emblée à la différence en matière de mode de vie, de sexualité et d'identité sexuelle. Cela a nécessité en chacun de nous une ouverture d'esprit et un accueil de la différence.

Nous sommes maintenant dans une autre période où la crainte de la contamination du VIH et ses conséquences même si elles sont toujours là, sont moins envahissantes et angoissantes, moins létales même si on constate que les représentations premières sur la pathologie à VIH ont la vie dure. On peut envisager maintenant qu'on ne meurt plus du sida, que les traitements sont moins lourds dans l'ensemble, plus efficaces avec des effets indésirables moins présents.

Nous sommes actuellement confrontés à un contexte épidémiologique de forte recrudescence des IST lié à l'évolution des pratiques sexuelles et donc à la nécessité de comprendre pourquoi afin d'adapter au mieux les réponses en terme de prévention.

Nous allons maintenant vous présenter plus précisément et réfléchir avec vous à ce que nous avons mis en place dans le CeGIDD du Chu de Rouen et notamment dans une antenne extériorisée dans un site de la rive gauche pour être au plus proche de la population.

Est-ce ce souhait, d'être au plus près des patients, qui nous a fait penser à la création d'une consultation conjointe qui n'existait pas sur le site principal du CHU, ou aussi la proximité relationnelle que cette petite antenne permettait (équipe réduite à 4 professionnels de professions différentes : secrétaire, médecin, infirmière, psychologue) ?

Toujours est-il que d'emblée cette proposition a été acceptée et vécue dans un premier temps comme expérimentale ; nous parlions alors d'un petit labo où nous observerions l'intérêt de travailler de la sorte, ce que cela permettrait, faciliterait pour les patients et aussi pour nous mêmes. Nous faisons l'hypothèse que d'être dans un binôme d'écoute pourrait venir enrichir notre pratique et être profitable au patient. Cette approche a pu se faire avec 3 médecins du CeGIDD et 3 infirmières

Ce projet qui a vu le jour en novembre 2016, s'étayait donc sur la particularité de cette problématique de la sexualité qui intéresse à la fois le corps, la relation et la psyché.

Du côté du psychologue, cette relation à la sexualité, au corps, à la construction identitaire, renvoie à l'histoire personnelle de chacun. Très fréquemment la démarche de test va s'accompagner d'une interrogation personnelle sur son rapport à la sexualité en termes d'épanouissement ou de souffrance.

On a un corps sexué, on s'y reconnaît ou pas, on en souffre ou pas, ce corps est malade ou pas, ou potentiellement malade. Je peux le protéger ou pas, tout comme je peux protéger l'autre ou pas. Ce corps a été choyé, aimé ou au contraire objet d'abus, de violence, exposé, désinvesti ou surinvesti.

Les patients consultent pour différentes raisons : éveil de la puberté, nouvelle rencontre amoureuse, souhait de supprimer le préservatif, rupture amoureuse, une trahison... tout événement de vie qui peut venir bouleverser le rapport à son propre corps, la rencontre avec le corps de l'autre et la relation.

Du coté médical, les objectifs de la consultation sont :

- apporter des informations sur la sexualité et la prévention des IST visant à la réduction des risques via les différentes modalités de prévention qu'il faut adapter à chacun (préservatifs, PreP, contraception, vaccinations, TPE...) nécessitant une démarche de counselling
- Répondre au mieux à la demande du patient (motif de consultation) ainsi qu'à ses interrogations, tout en restant neutre et dans le non jugement malgré la diversité des pratiques en matière de sexualité
- Apporter une expertise technique diagnostique et thérapeutique à un tableau symptomatique ou une interrogation physique
- Concept de bonne santé sexuelle à la fois physique et psychologique

Ces objectifs passent par un interrogatoire structuré visant à évaluer le motif de consultation, les mises en danger éventuelles, à les comprendre, à repérer une éventuelle symptomatologie en rapport avec une pathologie somatique (IST et complications), un éventuel trouble sexuel, une souffrance psychique avouée ou cachée (ex agressions), antécédents médicaux et vaccinations.

Une relation de confiance afin de comprendre au mieux la démarche de la personne est indispensable dans ces consultations de prévention car changer de comportement lorsque l'on ne perçoit pas (infections asymptomatiques pour la plupart) le risque demande une réflexion préalable

Il est donc crucial de comprendre comment fonctionne la sexualité de la personne afin de personnaliser les messages de préventions, afin qu'ils soient acceptables pour la personne.

Cette double écoute permet de doublement remplir cet objectif

Il faut également veiller à ne pas poser ou insister sur une question à laquelle la personne ne souhaite pas répondre au risque de perdre cette confiance nécessaire.

Le médecin au sein de ce binôme de consultants est directement et de par les questions qu'il formule dans une démarche active de recueil d'information qui parfois l'empêche de percevoir ce qui se passe autour de la consultation et notamment la communication non verbale. Le psychologue joue alors ici un rôle « d'analyste en temps réel de la consultation » et de ce qui s'y joue autant du côté du patient que du côté médical. Ceci permet souvent de relever des informations supplémentaires permettant une meilleure compréhension des situations diverses que nous rencontrons

Au cours de cette consultation, le médecin peut être amené à examiner la personne qui devient donc patient (s'est posée alors la question de la présence du psychologue lors de cet examen clinique souvent très intime car génital)

Cette consultation est souvent source de stress et d'angoisse (symptômes inquiétants, prise de risque, rappel des conseils de prévention source d'angoisse) et ce cadre particulier permet sûrement de contenir ces angoisses.

Le motif de consultation est parfois également flou (pourquoi cette personne vient elle aujourd'hui?).

La consultation en binôme est l'occasion lors d'un entretien dense et complexe de repérer parfois une situation de souffrance et souvent d'analyser ce qui s'est joué au cours de la consultation. Cette double approche (durant et après la consultation par le médecin et le psychologue) permet également au médecin d'aborder un peu différemment les consultations (plutôt devenues des entretiens avec des personnes et non des consultations avec des patients) et de dépister plus largement des situations parfois complexes et source de mal être pour la personne.

Elle permet aussi parfois la reformulation par le « psychologue observateur » d'une question mal comprise par le patient ou par le médecin ou d'insister sur un point de l'entretien, source de problème qui n'était pas identifié jusque là par la personne.

Dans nos consultations il est donc parlé de la sexualité de façon directe, les différentes pratiques peuvent être abordées, interrogées par le patient lui-même ou le médecin ou infirmière qui mène l'entretien.

Dans ces consultations le psychologue est dans une présence bien réelle le plus souvent silencieuse mais contenante, étayante par la posture, le regard, les expressions aussi bien pour le médecin que pour le patient quand c'est nécessaire. Devant une gêne ressentie tant du côté des professionnels que du patient, il peut aussi intervenir verbalement

-en reprenant les propos du patient

- relançant une question restée en suspens,

- en proposant de remettre à plus tard un examen somatique non souhaité le jour même

-en proposant que tel aspect du discours soit repris plus tard ou dans un autre lieu, tenant compte ainsi de la temporalité et des défenses du patient.

Il ne s'agit pas de forcer la parole mais d'être dans une écoute et temporalité acceptable pour le patient.

Cette intervention du psychologue peut être dictée pour apaiser une attitude qui pourrait être perçue, vécue comme persécutrice pour le patient.

Le patient n'a pas choisi la présence du psychologue, c'est un dispositif qui lui est présenté d'emblée.

Dans notre approche nous nous questionnons très fréquemment sur la difficulté des patients à respecter les mesures de prévention explicitées par le médecin et/ou connues de lui-même. Nous faisons souvent le constat que des individus intelligents, informés, avertis peuvent avoir malgré tout des conduites sexuelles risquées. Les conseils donnés, les bonnes pratiques en matière de prévention sont de bons sens, entendus par le patient mais ...

Reprenant cette question de la prévention nous pouvons entendre chez les patients la peur de perdre quelque chose en respectant les règles de la prévention. Avec le préservatif, il y a certes sauvegarde de la santé sexuelle mais crainte de perdre quelque chose du côté du plaisir. Sans préservatifs, les patients nous disent les bénéfices physiques, émotionnels et psychiques qui priment alors sur la menace d'infection, avec le préservatif la crainte de perdre leur virilité, le corps ne répond plus comme attendu

Une approche de réduction des risques (RDR) nous permet d'être aidant et de ne pas tenir un discours jugeant, répressif. Ce qui nous semble important c'est de soutenir la démarche de soins et de réflexion du patient sur son propre vécu, sur sa sexualité.

Réfléchir à la meilleure prévention avec les patients, c'est tenir compte de leur personnalité, de leur vie sexuelle, de ce qui est acceptable pour eux. C'est trouver ensemble les meilleures solutions de prévention et alternatives au préservatif.

Nous allons être aussi attentifs à ce qui se passe en nous pendant cette rencontre, ce que chacun a ressenti, éprouvé, compris de l'autre. Quel impact les paroles du patient ont laissé en chacun de nous. Quel mouvement d'identification / désidentification opère vis-à-vis de ce patient, quelles figures singulières sont convoquées en chacun de nous. Cette confrontation de ressentis et perceptions, contretransferts personnels nous permet peut-être d'être de la meilleure façon dans l'écoute du patient

Ce double mouvement est nécessaire car il nous permet dans ce mouvement

- d'identification au patient d'être en mesure de saisir et comprendre la nature des demandes qui nous sont adressées, des demandes à partir desquelles,
- en se désidentifiant, de reprendre notre position de soignant afin d'être capable d'apporter une réponse adaptée et pertinente en tant que soignant. Très souvent le médecin précise qu'il est dans son rôle de rappeler certaines informations en matière de prévention et de traitement (Préservatifs, TEP, contraception). Il va au-delà parfois des questions ou demandes formulées par le patient.

Mais ces 2 temps sont importants car ils permettent d'être au plus près du patient, de l'écouter et de le comprendre au mieux, de lui apporter des explications en lien avec ce qu'il a exprimé dans un premier temps et aussi mesurer l'écart entre le souhait du patient et le projet du médecin.

Il faut aussi bien souvent accepter de ne pas tout comprendre de la demande de celui qui a consulté. Beaucoup nous échappe aussi.

Ce dispositif d'accueil, intériorisé par nous-mêmes, est d'emblée présent pour le patient dès le 1<sup>er</sup> contact en salle d'attente : cette rencontre crée d'emblée une enveloppe accueillante, contenante, bienveillante. Le binôme accueille ensemble, s'installe ensemble dans la salle de consultation.

Le médecin interroge le patient sur sa demande, ce qui l'amène aujourd'hui au CeGIDD, a-t-il des questions particulières. Il l'écoute et quand la parole n'est pas aisée, il procède à des questions plus ou moins fermées sur son parcours de santé, sur ses vaccins, sur la teneur de ses relations sexuelles, ses prises de risques, son mode de vie, le nombre de ses partenaires passés et actuels, son orientation sexuelle...

Toute question qui permettra au patient d'aborder ses pratiques sexuelles dans le but d'améliorer la santé sexuelle, la prévention sexuelle tout en tenant compte de qui est la personne, de réfléchir à sa vie sexuelle, à son partenaire, à la teneur de leur relation et la crainte quant à une éventuelle contamination Il peut n'être fait état d'aucun affect particulier, cela peut rester à l'état de tableau médical clinique factuel. Il n'y pas d'autre question, le patient vient pour un bilan médical. On peut laisser ouvert en fin de la consultation un dernier questionnement sur ce qui vient de se passer ou un autre aspect de sa vie le préoccupant. Il est bien souvent répondu par la négative (le patient n'exprime pas d'autre demande ou questionnement personnel) lors de la première consultation mais quand le patient revient la semaine d'après pour les résultats d'analyse, ce second temps offre une 2<sup>ème</sup> opportunité d'aborder une question plus intime, personnelle.

Le psychologue peut pointer tel aspect du discours du patient et proposer une reprise de cette question maintenant ou plus tard. *(un patient évoque une grande anxiété suite à une prise de risque –rapports non protégés lors d'une soirée- . Le psychologue peut interroger sur la nature de cette anxiété et son antériorité. A quoi renvoie-elle dans l'histoire du sujet ?)*

*Un autre patient vient consulter car il se croit porteur de plusieurs IST malgré des consultations antérieures qui n'ont pas confirmé de diagnostic d'IST. Devant cette demande insistante, le psychologue interroge sur cette inquiétude corporelle et cette anxiété ; le patient va alors dévoiler un autre pan de son parcours de vie et rapporter qu'il est mal depuis qu'il a tué son frère accidentellement dans un cadre professionnel (le psychologue s'inquiète de ce que cet événement a entraîné chez le patient, comment il fait avec ce qu'il a vécu....). Cet événement dramatique est rendu supportable par le travail de la pensée et du rêve (nous confie-il) qui réifie très régulièrement ce frère absent. Nous laissons la porte ouverte si le patient le souhaite, il dit qu'il a déjà vu des psy et que ce n'est pas nécessaire... A ce jour nous n'avons pas revu ce patient.*

*Cette situation a été source de difficultés pour le médecin qui n'est pas entendu (pas de pathologie somatique à l'issue de nombreux tests), multiples consultations "inutiles" car aucune pathologie somatique n'a été diagnostiquée et médecins débordés par les plaintes somatiques multiples du patient qui occultent le vrai problème de ce patient (somatisation en rapport avec trauma psy), lésions provoquées par le patient lui-même. Dans ce cas précis, la consultation conjointe a permis au patient d'exprimer ce qu'il avait vécu, grâce à l'intervention du psychologue qui a interrogé cette inquiétude. Il est certain que dans ce cas et devant le cortège de symptômes décrits par le patient et la longueur de la*

*consultation ce point n'aurait pas été abordé si le médecin avait consulté seul (« lassitude » du médecin tentant en vain de rassurer la personne convaincue d'être malade, contrainte de temps lors des consultations)*

Cette parole déposée en chacun de nous reste présente et nous rend vigilants lors d'éventuelles rencontres ultérieures.

Nous invitons aussi toujours le patient à revenir s'il a la moindre question après coup. Cette écoute plurielle permet d'être et de rester dans les missions du CeGIDD à savoir accueillir la demande, informer, dépister, diagnostiquer et orienter et accompagner

Ce temps presque systématiquement en 2 rencontres minimum permet un travail de l'après-coup tant du côté du patient que du professionnel. Le deuxième rencontre permet d'être plus attentif à certains aspects de la problématique apportée, de reprendre certains aspects abordés mais pas ou peu approfondis lors du 1<sup>er</sup> rendez-vous.

L'institution qui accueille une personne en questionnement, en détresse, angoissée par la démarche entreprise doit pouvoir offrir une contenance suffisante faite de stabilité et de compréhension afin que la personne se sente moins menacée dans son rapport aux autres, accueillie sans jugement moral.

Faire une démarche vers un CeGIDD est souvent source d'angoisse même si la personne évoque un dépistage simple ; on le constate lors des rendus de résultats quand les personnes expriment clairement leur soulagement quant à des résultats négatifs ou quand une réponse thérapeutique peut être apportée tant du côté somatique que psychologique. Ce 2<sup>ème</sup> temps peut être l'occasion de revenir sur des problématiques plus personnelles plus intimes et donner lieu à la mise en place d'un accompagnement psychologique qui viendra soutenir un questionnement quant à la sexualité, au rapport au corps, relation à l'autre, à la vie sexuelle.

Ce dispositif en binôme nous paraît pouvoir remplir cette fonction étayante et sécurisante. Dévoiler sa sexualité, ses pratiques n'est pas aisée, touche à l'intime de la personne et doit donc pouvoir se faire dans un climat de confiance, très respectueux, très professionnel. Certains patients ont pu exprimer leur surprise d'être accueillis par un binôme mais aussi ont su s'en saisir et apprécier cette approche globale.

Ce dispositif suppose que le médecin et psychologue adhèrent à cette démarche d'écoute au-delà de son rôle d'informateur et de dépistage des IST.

Nous avons donc des places différentes et des rôles différents ; le médecin interroge, recherche des informations, est dans une démarche de recueil d'informations et de diagnostic, le psychologue est attentif à la façon dont les informations sont apportées,

les réactions émotionnelles, les douleurs somatiques, les non dits, la souffrance psychique, les possibilités de réflexion et d'élaboration du patient. Parfois d'emblée la souffrance psychique est exprimée en lien avec le type de sexualité, l'insatisfaction, des conduites sexuelles addictives auxquelles le sujet est soumis. Il dit son désir de changement et demande à être aidé. La présence du psychologue est alors évidente.

Pour d'autres consultations ce dispositif pourrait apparaître moins évident voire persécuteur et le psychologue va alors intervenir quand il va ressentir que sa seule présence silencieuse pourrait fragiliser la patient.

Pendant la consultation il peut aussi y avoir échange entre les 2 professionnels sur la situation du patient, qui voit alors qu'il est objet d'attention.

Du fait de travailler dans cette étroite collaboration, une compréhension mutuelle s'est développée, enrichie et devient ainsi complémentaire et aidante pour le patient.

Pour le médecin, l'intérêt de cette consultation conjointe réside dans ce 2ème regard sur la consultation et l'analyse qui s'en suit, la reprise d'éléments difficiles ou de blocages, de ce qui s'est joué au cours de la consultation. Elle permet parfois l'identification de situations complexes qui seraient passées inaperçues

Le médecin très actif durant cette consultation, ne capte pas toutes les informations verbales et non verbales utiles à la compréhension de ce qu'est la personne et donc la présence du psychologue permet une analyse plus fine des situations assurant une personnalisation plus efficace des messages de prévention. Cette consultation s'inscrit dans un objectif global de prévention et de prise en charge de la Santé, notamment sexuelle et semble parfaitement en accord avec la mission de CeGIDD devenu centre de santé sexuelle. Cet objectif de prévention, de réduction des risques, et de "bonne santé sexuelle" passe par une nécessaire appréhension globale de ce qu'est la personne qui consulte afin d'adapter au mieux la stratégie de prévention et de répondre au mieux à ses demandes explicites (symptômes...) ou implicite (gestes postures parfois révélateurs, questions parfois floues qu'il convient de reformuler).

C'est tout le travail de reprise dans la suite de la consultation qui est précieux et qui va nous permettre d'apporter les meilleures réponses au patient

Cette consultation en binôme offre de plus un accès direct au psychologue, ce qui peut poser les jalons d'une démarche ultérieure plus facile.

Nous continuons bien sur à réfléchir à ce dispositif pour en affiner l'intérêt pour le patient d'abord et aussi pour nous mêmes. Peut-être apprenons-nous à mieux travailler ensemble et à avoir une meilleure représentation du travail des uns et des autres.



