

Module AFRANUM #29

Santé mentale et VIH

Jeudi 9 octobre 2025 de 17h00 à 19h00



Avec le soutien institutionnel de ViiV Healthcare



TRAUMATISME(S)

Vignettes cliniques

A. Barthélemy

Psychologue – Service des Maladies Infectieuses
CHU Saint-Pierre – Bruxelles - Belgique

Psychologue en maladies infectieuses

Objectifs :

- **Intégration du diagnostic** (adhérence au traitement)
- **Soutien** des patients et de leur entourage

Cadre théorique :

Psychanalyse "de terrain" -> **rencontre avec le sujet**

Trauma

Définition « psy » (1)

Transposition sur le plan psychique des trois critères impliqués en médecine :

- Choc violent
- Effraction (« traumatisme »)
- Conséquences sur l'ensemble de l'organisation psychique

Trauma

Définition « psy » (2)

En d'autres termes, le traumatisme se caractérise par un **afflux d'excitation** qui est **excessif** et **qui déborde** la capacité du sujet à y faire face.

(Dictionnaire Laplanche et Pontalis : « Événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisme psychique »)

Trouble de stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est caractérisé par une **réaction prolongée, intense, désagréable et dysfonctionnelle** après un événement traumatique exceptionnellement menaçant ou catastrophique.

Symptômes du TSPT

- Symptômes d'**intrusion** (flashbacks, reviviscences, réminiscences, cauchemars)
- Comportement d'**évitement** (amnésie, repli sur soi, refus de parler, dissociation)
- Effets négatifs sur les pensées et l'**humeur** (détresse et désespoir)
- **Hypervigilance** (insomnie, sursauts, nervosité)

Trauma

Deux temps ?

- Un trauma ne donne pas forcément un TSPT, il peut aussi avoir pour conséquence un symptôme à bas bruit
- Traumatisme -> aménagement toujours **singulier**
- Le trauma « réel » actuel vient **réactiver** une angoisse vécue dans le passé → l'**angoisse** est donc antécédente et contemporaine au trauma "actuel" (exemple du diagnostic VIH)

Cas cliniques

Mr K.

Mme A.

Mr K.

Vignette Clinique de TSPT sévère

Mr K.

Dispositif à plusieurs

Face à l'ampleur de la détresse (maux du corps, du psychisme et de "l'âme") :

- **Psychiatre** (médication "light")
- **Aumônière** (travail sur la spiritualité)
- **Suivi psychologique** (soutien élan vital, écoute, permanence du lien)
- **Suivi médical** (soin au corps, care)
- **Suivi social** (réponse aux besoins concrets)
- **Ergothérapie** (thérapie via le corps)

Mr K.

Détail suivi psychologique

Dispositif :

- Maintien des liens de confiance et soutien de l'élan vital aussi ténu soit-il (livres, demandes ponctuelles,...)
- Respect du rythme du sujet permis par la longueur de l'hospitalisation (revalidation)
- Accueil de la parole singulière à mesure de sa possibilité à dire et à se dire sans tentative de boucher, de résoudre ou de traiter rapidement
- Absence d'objectification (suivre le patient au propre comme au figuré)

-> Mettre le **sujet au cœur des soins**

Réflexions (1)

Observations :

- Dégradation dans un premier temps : parler est menaçant pour l'économie du sujet
- Passage de la survie à la vie par le soutien de l'élan vital
-> sortie de l'état de sidération
- Création de liens de confiance ici -> famille symbolique

Réflexions (2)

Equilibre fragile constamment mis à mal -> mise en place avec le patient de points d'ancrage variés

Ne pas vouloir trop vite « régler » le symptôme, ne pas l'évacuer, le laisser se déployer pour pouvoir le soulager (pas de surmédication, pas de forçage de la parole, passage par le corps pour traiter le psychisme,...)

Importance du dispositif à plusieurs : plusieurs « petits autres », chacun à sa place -> menace moins importante qu'un Autre unique et tout-puissant (// image du père)

Mme A.

L'incompliance pour symptôme

Mme A.

Symptôme : incomppliance

- Question qui taraude Madame : « Comment est-ce que ça se fait que je ne prenne pas bien mes médicaments alors que j'en connais les conséquences ? »
- Elle énonce d'emblée que ce symptôme a une **valeur « cachée »** → à nous de la laisser déployer cette question sans trop se centrer sur l'incomppliance en tant que telle
- Elle "utilise" le VIH – à travers l'incomppliance – pour traiter son impossible à vivre

Valeur du symptôme

Symptôme psy



Incompliance
vient dire
quelque chose
à écouter

→ symptôme à déployer
et à « faire parler »
dans le cadre du
suivi psy

≠

Symptôme médical



Incompliance
à corriger par différents moyens
(éducation thérapeutique)

→ symptôme à élucider
et à éliminer le plus rapidement
possible dans le cadre du
suivi médical

→ Risques de faire taire le symptôme, l'aménagement
singulier, trouvaille du patient

Réflexions

Hypothèses :

- Syndrome de la "survivante" -> elle paye une dette symbolique à sa communauté en étant une vivante en sursis. Son symptôme, l'incompliance, est un compromis lui permettant à la fois de vivre et de ne pas vivre (vivre sans réaliser son désir)
- A un moment du suivi, le déploiement de la question du traumatisme amène à la question du choix : continuer la répétition du symptôme ou vivre. Madame fait le choix inconscient de revenir à son symptôme, seul aménagement possible pour elle à ce moment.

Conclusions cas cliniques

Le traumatisme crée une effraction qui fragilise le sentiment d'unicité, de continuité et qui fait dévier l'individu de son chemin, de ses projections de vie, de sa conception de lui-même

-> Comment le soutenir pour qu'il s'en crée un nouveau qui intègre cette nouvelle composante sans la gommer mais sans que ce soit trop délétère ?

La santé mentale est une quête et non un accomplissement, il s'agit d'être humble, ce sont nos patients qui nous mettent sur la voie. Parfois, ça rate.

Réflexions générales (1)

La façon dont un traumatisme passé (ou actuel) va venir faire effraction dans la vie de nos patients et l'expression de leur souffrance est toujours singulière.

→ Le traitement du sujet et de sa parole se doit de l'être également

Réflexions générales (2)

Un même symptôme (manifestation dans le corps d'une souffrance, incompliance...) peut revêtir différentes significations en résonnance avec le vécu singulier de chaque patient. Il a une fonction pour le sujet, il ne doit pas être trop vite évacué et son maniement doit être délicat.

En parallèle, la façon d'accueillir le sujet dans sa particularité doit être à chaque fois questionnée, singularisée.

Conclusions Santé Mentale

Maintenir la possibilité d'aménagements tels que ceux-ci est un pari.

A notre sens, le tissu interdisciplinaire peut être une force si et seulement si l'individu (le patient) est partenaire à part entière du réseau et, en tant que tel, entendu dans sa position subjective.

Par ailleurs, en ces temps où l'interdisciplinarité et la collaboration pluridisciplinaire sont évoquées à tout bout de champ, il nous semble fondamental que chaque professionnel se fasse responsable de son champ et uniquement de celui-ci, dans le respect de la différenciation des rôles.

Merci pour votre attention