



COMPTE RENDU DE LA REUNION DE LA COMMISSION PSY Du 16 Mars 2021 Réunion en visio-conférence

Présents :

- **Josiane PHALIP-LE BESNERAIS**, Pilote (j.phaliplebesnerais@epsve.fr)
Psychologue, Comité Sida Sexualités Prévention (CSSP) de Ville-Evrard, Hôpital Delafontaine à St Denis.
- **Jeffrey LEVY**, Co-Pilote (jeffrey.levy75@gmail.com), Psychologue
Espas, Paris
- **Sandra FERNANDEZ**, Infirmière, Espas, Paris
- **Soconathia TRAORE**, Infirmière, CSSP de Ville-Evrard, Hôpital
Delafontaine à St Denis
- **Delphine VESDUN**, Infirmière, CSSP de Ville-Evrard
- **Florie DAUCH**, Psychologue, ACT- EQUALYS, 77
- **Lise MORIN**, Psychologue en formation, CSSP de Ville-Evrard
- **Anastasia SARKIS**, Chargée de Mission en Santé Publique, qui
remplace Otto Briant Terlet

1) INFORMATIONS :

- Concernant le COREVIH Est IdF et les réunions inter-COREVIH au plan national concernant l'avenir des COREVIH. Un axe important concerne la démocratie en santé. Un rapport sera fait le 16 juin.
- Réflexions du COREVIH sur les campagnes de dépistage : quand ? Comment ? avec la COVID 19...
- Il est aussi question d'ajouter au COREVIH des pathologies émergentes telles que la Covid....
- Informations également concernant certains aspects évoqués en **plénière** comme :
- les hypothèses concernant la baisse des nouveaux diagnostics (- 35 % en 2020) : moins de nouvelles contaminations ? Diminution de l'offre de dépistage ?

Diminution aussi de la demande de dépistage par la peur de se rendre dans un centre de dépistage et/ou à l'hôpital.

- On note un impact COVID sur la prévention, les comportements addictifs, le dépistage, la prise en charge de soins.
- Impact du confinement sur la sexualité : Diminution de la proximité sexuelle (indicateur IST)... Mais aussi augmentation du Chemsex avec prises de risque importante. Diminution de la Prep... Ceux qui ont arrêté vont-ils revenir....

2) Discussion sur la clinique du quotidien de chacun et l'impact de la COVID dans nos prises en charge.

3) PRESENTATION CLINIQUE faite par Jeffrey LEVY, Psychologue Clinicien (Cf. Pièce jointe). Discussion ensuite sur ce cas clinique.

4) LA COMMISSION RESTE MOBILISEE POUR ORGANISER UN SEMINAIRE THEMATIQUE LORSQUE LA CRISE SANITAIRE NOUS PERMETTRA DE REALISER CE SEMINAIRE EN PRESENTIEL

Le thème choisi pour ce 1^{er} Séminaire est toujours :

« **LA SEXUALITE : PARLONS-EN ! – Pistes de réflexion pour les soignants** ».

5) NECESSITE DE METTRE A JOUR L'ANNUAIRE PSY : Nous demandons à ceux qui liront ce compte-rendu d'aller sur le site Du COREVIH pour repérer les modifications à faire pour notre annuaire PSY. Il est possible soit de nous envoyer les modifications que vous repérez, puis nous les transmettrons à Anastasia SARKIS qui centralise les modifications. Ou vous pouvez aussi les adresser directement à cette adresse mail : anastasia.sarkis@aphp.fr

NOTRE PROCHAINE REUNION est fixée le mardi 1^{er} Juin 2021 de 14 h 30 à 16 h 00 (si réunion visio-conférence) ou 15 h à 17 h (si réunion en présentiel dans les locaux du COREVIH à l'Hôpital Saint Louis). Cette réunion est ouverte à tous les acteurs du COREVIH. **Sentez-vous libre d'y inviter toute personne intéressée par notre Commission.**

Une présentation clinique serait faite par Soconathia TRAORE et Josiane PHALIP-LE BESNERAIS. L'ordre du jour sera défini ultérieurement toujours selon le contexte sanitaire.

CAS CLINIQUE – Jeffrey LEVY

Mme M

Femme de 36 ans, camerounaise, arrivée en France en 2017

Hébergée en ACT, en cohabitation avec un homme de 61 ans, sénégalais

La cohabitation se passe bien

Elle commence à parler de vouloir un bébé il y a 6 mois.

Ses médecins lui disent qu'il ne faut pas encore tomber enceinte, pas avant de faire des examens et analyses du mois de janvier.

Mme. M a le VIH, mais aussi et surtout une pathologie cardiaque grave qui a nécessité des interventions chirurgicales et un suivi serré.

Mais elle tombe enceinte en décembre.

L'équipe médicale l'accompagne à ses rendez-vous parce qu'elle est très peu autonome dans ses soins. Elle oublie ses rendez-vous, et se perd dans les transports, même pour aller dans l'hôpital où elle est suivie depuis trois ans. Lors de ces accompagnements, elle explique que pour elle, qui a dû laisser derrière elle à Douala une fille qui a aujourd'hui 15 ans, avoir un enfant c'est garantir qu'il y aura toujours quelqu'un pour l'aimer, inconditionnellement. Que, puisqu'elle est si malade, c'est avoir auprès d'elle quelqu'un pour s'en occuper au cas où sa condition se dégrade. Elle espère avoir une autre fille pour remplir ce rôle.

Les médecins lui expliquent que ce serait une grossesse à risque, qu'elle peut en mourir, et ils lui invitent à réfléchir à un IVG. Mais pour elle, il n'en est pas question. Elle veut garder l'enfant.

Le père est un homme de sa ville au Cameroun. Elle ne l'a pas connu là-bas, mais elle l'a rencontré ici, dans un club qui réunit les anciens habitants de cette ville installés à Paris. Ils se réunissent toutes les semaines pour s'entraider, se conseiller, pour le plaisir de se retrouver. Une dame du club connaît l'homme en question et le lui présente. S'ensuit une relation compliquée. Il habite en grand banlieue et peut la délaisser pendant des semaines sans lui donner signe de vie. Puis il réapparaît et

la relation repart pendant une semaine ou deux avant que ça ne recommence. Il est sans papiers et travaille au noir, quand il peut. Les restrictions dues au coronavirus lui rendent la vie encore plus difficile. Mais quand il apprend que Mme M est enceinte, il est content et veut reconnaître l'enfant, sachant que le fait d'être père d'un enfant né en France rendrait l'obtention des papiers un peu plus facile. Mme M. n'a cependant pas l'intention de vivre avec lui. Elle sa présence reste tout aussi aléatoire auprès d'elle.

Les risques liés à la grossesse étant tellement graves, il est décidé, avec l'accord de Mme. M, de l'hospitaliser bien avant l'accouchement. Cet accouchement se fera dès que le risque vital s'approche et lorsque l'enfant sera viable, forcément par césarienne. Il y a deux établissements qui sont préconisés, un à Paris, l'autre au Vésinet. Il y a une place au Vésinet, mais Mme. M insiste qu'elle veuille rester à Paris. Elle a des amies proches et dépend de leur soutien. La présence de ces amies est essentielle. Les infirmières sont sidérées en l'entendant dire qu'elle préférerait « faire passer l'enfant » plutôt que d'être hospitalisée au Vésinet.

Mme M a été donnée par ses parents lorsqu'elle avait 17 ans comme 7^{ème} épouse à un homme de la cinquantaine. Elle a eu du mal à faire sa place au sein de la famille, d'abord à cause de sa jeunesse, mais aussi parce qu'elle n'a pas fait d'enfant avant longtemps. Sa fille est née lorsqu'elle avait 21 ans. Son mari prendrait d'autres épouses après elle, ayant en total 9 femmes.

En 2015, elle est tombée malade. Elle était toujours fatiguée et toussait beaucoup. Quand elle a commencé à cracher du sang, son mari l'a envoyée à Douala à l'hôpital. On a diagnostiqué une tuberculose et son dépistage VIH est revenu positif. Elle a pu retourner brièvement chez elle pour l'annoncer à son mari. Mais il l'a enjoint de ne rien dire et il a fermement refusé d'aller se faire dépister, ni de permettre à aucune de ses épouses et enfants de se faire dépister. Elle est retournée à Douala avec sa fille, la confiant à un ami avant de se retrouver hospitalisée pendant 6 mois. Quand elle est sortie, elle avait encore 6 mois de traitement avant d'être guérie de la tuberculose, mais son médecin lui a dit que si elle avait la possibilité, d'aller en France pour se faire soigner.

Laissant sa fille aux soins de son amie, elle est partie en France. En bus, en train, à pied, elle atteint la Libye. Elle prend le bateau pour la Grèce, puis arrive en Italie et se fait guider jusqu'à Paris. Elle a des contacts de compatriotes à Paris, et va rapidement à l'hôpital où on fait le nécessaire pour son VIH. Elle est hébergée en CHRS, mais est de plus en plus fatiguée. Elle dort tout le temps et est toujours dérangée par le bruit des autres femmes et des enfants hébergés avec elle. On lui donne une petite chambre seule où elle peut mieux se reposer. C'est seulement alors qu'on détecte une hypertension pulmonaire, puis une anomalie cardiaque importante.

Ce cas soulève au moins deux questions :

Le statut de la prise de risque

Les difficultés de l'équipe médicale pour suivre une femme « suicidaire »

Ici on a affaire à un désir d'enfant sans doute conditionné par des considérations culturelles. Là d'où vient Mme. M l'enfantement n'est pas seulement l'entrée dans la féminité, mais c'est ce qui signe sa place dans la société. C'est ce qui lui donne une place. C'est ce qui donne un sens à la vie d'une femme.

Cette femme, perdue dans un pays nouveau, inconnu, presque hostile, doit trouver une place comme elle peut. Après avoir traversé la tuberculose, le VIH, l'abandon de son enfant et de son pays, le voyage long et périlleux jusqu'en France, la maladie cardiaque qui l'étouffait et la rendait incapable de vivre, elle a toujours les ressources nécessaires pour choisir la vie. Elle utilise les moyens qu'elle connaît, la maternité. La maternité est la valeur suprême, supérieure même à la réalisation d'un couple, au mariage, ce qui est une notion qui n'a pas de sens pour cette femme originaire d'une société de polygames. L'enfant ancre une femme dans la vie. Ça conjure la mort qui rode, angoissante, autour d'elle depuis sa maladie et sa traversée du désert.

Mme. M a jusqu'ici été l'objet de l'autre, bien qu'un objet très précieux. Elle a été la fille soumise aux dictats de son père avant d'avoir rejoint le harem d'un homme qu'elle ne connaissait pas, parmi des femmes qui ne l'aimaient pas et des enfants qui ne lui appartenaient pas. Pendant 4 ans elle a subi des brimades des femmes et l'indifférence grandissante de son mari parce qu'elle n'avait pas enfanté. Elle a reçu l'arrivée de la huitième et neuvième épouse comme des insultes. Quand enfin elle a été mère à son tour, elle a pu souffler un peu. (Les médecins d'ailleurs ne comprennent pas comment elle a pu survivre à cette grossesse et son accouchement par voie basse dans des conditions sommaires, sa maladie était congénitale...).

C'est par la maladie et le refus fou de son mari de se soigner qu'elle a eu accès à la subjectivité. Elle a décidé de faire face à la maladie, de se soigner, de vivre. Avec son épuisement et son essoufflement, elle a traversé plusieurs pays et trouvé les bonnes personnes pour l'aider.

Très consciente des risques, Mme. M a décidé de tout faire pour être enceinte. Au mois d'octobre et de novembre son colocataire est venu se plaindre plusieurs fois d'elle. Il y a un homme qui vient presque tous les soirs et ils font beaucoup de bruit quand ils font l'amour. Ça en est très gênant pour lui. Comment peut-il la regarder dans les yeux après ça ? Ceci attise l'angoisse de l'équipe. Mme. M ignore l'avis médical et cherche à être enceinte. On lui parle, tout en se défendant de la juger, en lui

disant qu'elle a le droit à la sexualité, mais il faut respecter la colocation... et utiliser de la protection pour ne pas tomber enceinte. Mme. M ment et leur dit que bien sûr elle se protège.

Mme. M peut mentir, mais ses mensonges sont des tentatives de dire ce qu'elle pense que l'autre a envie d'entendre, et aussi d'obtenir ce qu'elle désire. Il me semble que le système de la santé en France et des ACT en particulier ont aussi eu leur rôle à jouer dans la position de Mme. M. Les médecins la soignent, gratuitement, dans des meilleures conditions. Ils sont peut-être un peu sévères dans leur attitude envers cette grossesse, mais ils ne peuvent pas décider quoi que ce soit à sa place. Pour faire bien comprendre les risques qu'elle encourt, le pneumologue lui a demandé à quoi ça pouvait servir d'avoir un enfant qui n'a pas de papiers, pas d'argent, pas de domicile, et qui risquait en plus d'être orphelin. Mme. M a compris que c'était là une forme de vérité, mais n'a pas été émue pour autant.

L'équipe des ACT ont l'habitude de prendre souvent de ses nouvelles, de la rassurer sur ses démarches administratives, de faire des choses à sa place, que ce soit prendre des rendez-vous avec ses soignants, remplir des dossiers, aller la chercher à l'appartement pour l'accompagner dans ses démarches, etc. C'est peut-être pour ces raisons que Mme M. a dit cette chose qui a tant bouleversé et embrouillé les équipes, « si je dois aller au Vésinet, je le fais passer ». Mme. M n'a pas la moindre intention de le faire passer.

La grossesse de Mme M donc n'est en rien un acte « suicidaire », mais au contraire, un acte qui l'ancre fermement dans la vie.

Lorsqu'on considère les risques, il faut peut-être tirer un bilan entre risques et bénéfices. Dans ce cas, on constate que les bénéfices (psychologiques) l'emportent largement sur les risques.