

Particularités de l'intervention de crise auprès de personnes séropositives ou la « crise existentielle de vih »

Particularities of Crisis Intervention for Seropositive Persons, the “HIV Existential Crisis”

Pierre Ritchot and Pierrette Sauriol

Volume 17, Number 1, Spring 1992

Sida et santé mentale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/502050ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/502050ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

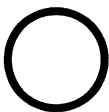
[Explore this journal](#)

Cite this article

Ritchot, P. & Sauriol, P. (1992). Particularités de l'intervention de crise auprès de personnes séropositives ou la « crise existentielle de vih ». *Santé mentale au Québec*, 17(1), 145–162. <https://doi.org/10.7202/502050ar>

Article abstract

This article presents a vision of crisis intervention for seropositive persons following an approach inspired by existential psychology. Persons who intervene must view crisis intervention for HIV-positive persons as an exploration of the close relation that exists between life and death. They must investigate the interrelations with the dimensions of time, space, world and body. They must also examine the characteristics of the seropositive experience that are specific to the different infected clientele. The welcoming process, the urgency of the situation and the therapeutic complementarity must be considered as the main guidelines for this type of crisis intervention which, in addition, must take into account the various life experiences that are particular to each of the HIV-positive persons. This approach requires that the person who intervenes and plays a supporting role must put into question their own attitudes toward the phenomenon at hand. Finally, life with the infection can also bring certain intervenors and clients to discover and profit from a number of unsuspected benefits.



Particularités de l'intervention de crise auprès de personnes séropositives¹ ou la «crise existentielle de vih»²

Pierre Ritchot*

Pierrette Sauriol**

Cet article présente une vision de l'intervention de crise auprès de personnes séropositives selon une approche inspirée de la psychologie existentielle. Les personnes intervenantes doivent considérer l'intervention de crise en matière de séropositivité en explorant la relation étroite existant entre la vie et la mort. Elles doivent investiguer les interrelations avec les dimensions du temps, de l'espace, du monde et du corps telles qu'élaborées. Elles doivent aussi examiner la spécificité de l'expérience de la séropositivité chez les diverses clientèles infectées. L'accueil, l'urgence des problématiques et la complémentarité thérapeutique doivent être considérés comme les principales balises d'intervention de crise en matière de séropositivité et ce, en considérant les multiples expériences de vie particulières de chacune des personnes consultantes. Ce type d'intervention oblige la personne intervenante en relation d'aide à se questionner sur ses propres attitudes par rapport au phénomène abordé. Enfin, la vie avec l'infection peut aussi permettre à certaines personnes intervenantes et consultantes l'exploitation de possibles bénéfices insoupçonnés.

Le présent article trace un portrait qualitatif général de la spécificité de l'intervention de crise auprès d'une clientèle séropositive. Il est cependant impossible de couvrir l'ensemble des problématiques existentielles spécifiques que l'infection au vih suscite auprès de clientèles diverses, comme on peut en observer, par exemple, chez les homosexuels, les toxicomanes, les femmes, les hémophiles ou les transfusés. Cet article reflète notre vision existentielle du phénomène de la séropositivité à partir de nos observations cliniques recueillies au cours d'en-

* Coordonnateur des services de soutien du CSAM (Comité sida aide Montréal)

** Assistante aux services de soutien du CSAM

trevues individuelles et de groupe effectuées au CSAM³ et lors de notre pratique privée.

Portrait de l'intervention de crise en matière de séropositivité

Il nous semble important, dans un premier temps, de définir ce que les termes séropositivité et crise signifient dans un sens psychologique et existentiel pour traiter, dans un deuxième temps, de la spécificité de l'expérience de la séropositivité dans l'évolution du vih.⁴

La signification de la séropositivité

«La séropositivité, c'est cette expérience de vie d'avoir, par un soir, joui avec l'ennemi et se sentir dorénavant, pour des années, espionné par la mort»». Cette phrase-choc se doit maintenant d'être comprise dans son sens psychologique afin de ne pas réduire la personne humaine, séropositive de surcroît, à une simple machine à reconditionner, de façon sécuritaire pour tous, en évitant les comportements qualifiés comme «à risque».

Ces expériences de vie «à risque» sont pourtant empreintes de positivité (ironiquement la même appellation du diagnostic du vih) puisque le but recherché est cette communication entre les «Êtres» et que toute communication passe inévitablement par les sens. Les relations sexuelles et le rituel des drogues injectables ont en commun cet objectif d'entrer en contact intime avec une autre personne afin que les sens se fondent dans l'Autre. Cette poursuite de la présence d'une autre personne ne se limite pas à la simple rencontre de deux corps, même si l'aboutissement de jouissance corporelle semble à première vue prioritaire, et elle ne peut pas se restreindre à l'irréductible notion de comportement.

Notre expérience clinique nous démontre que la signification inconsciente ou implicite des relations sexuelles, ou du rituel de l'aiguille, est la manifestation d'un vœu, celui d'être enfin touché dans son corps pour se sentir soit aimé, soit une personne importante. Même durant l'espace d'un instant, il y a eu effectivement une relation entre deux êtres humains et non un simple comportement sexuel ou d'injection. En effet, les fantasmes érotiques secrets auront su triompher des expériences douloureuses du passé où l'hostilité, la vengeance, la sécurité, le risque, le secret auront pu enfin se libérer de façon sécuritaire avec cet autre.

La séropositivité atteste comment l'excitation sexuelle est souvent une défense contre l'angoisse de la mort et la peur de vivre ses émotions. En effet, les relations sexuelles permettent cette disponibilité à la vie

tout en repoussant cette angoisse subtile et souterraine de la mort, car le plaisir corporel la rendra supportable. Ce secret mortel et anxiogène de la mort, secret consenti souvent par la culture et encombré sous les déboires de la vie, se dévoile de façon consciente et brutale avec le vih.

La séropositivité est cette perversion d'avoir pris le risque de s'abandonner à cet autre sans le spectre visible de la mort: le condom ou la stérilisation de la seringue. L'information publicisée des modes de transmission et de prévention telle que: » [...] *on serait fou de s'en passer*» ou «[...] *l'amour ça se protège*» culpabilise adéquatement cet affront de l'ignorance psychologique. Comment dorénavant vivre avec ce même désir fusionnel de l'amour dans un imaginaire où les relations sexuelles sont mortelles et culpabilisées tant au niveau social qu'individuel? La séropositivité nous exprime comment les dialectiques plaisir et contrôle, destruction et fusion, haine et amour, vengeance et sécurité, vie et mort, sont indissociables et angoissantes à vivre de façon consciente dans la vie-vih.

La signification de la crise

La psychologie existentielle cerne le paradoxe de la confrontation de la mort pour parvenir à se compromettre dans la vie et délaisser la rigidité du carcan des rôles sociaux. La crise, pour la psychologie existentielle, est nécessaire à tout changement de vie personnalisé car, dans ce bouleversement émotif, se renferment les risques de la vie, c'est-à-dire le danger et les possibilités (Yalom, 1980). En effet, la crise permet de signifier à la personne qu'elle est en danger de perdre le contrôle connu et, en même temps, si la crise est entendue, elle permet de créer des possibilités de vie. L'entrée du vih dans le corps déclenche chez la personne infectée, et nous nous devons de l'espérer, une crise existentielle, car le virus met en danger sa vie, ses habitudes quotidiennes, ses structures psychologiques et la santé de la société.

Il nous apparaît important de souligner que plusieurs facteurs peuvent déclencher une crise existentielle dans l'évolution du vih et, sans les décrire, il est essentiel d'en nommer les principaux déclencheurs: l'annonce du diagnostic, l'affaiblissement du système immunitaire, la prescription de traitements, les maladies opportunistes, l'hospitalisation, la maison d'hébergement, les événements rappelant la vie (périodes de festivités, nouvelle relation affective, décès d'un proche, etc.), la préparation des funérailles, la décision du mourir, etc.

Tous ces déclencheurs contribuent à permettre, à leur façon, d'appriivoiser cette angoisse de la mort dans toute son horreur psychologique qui est souvent dissimulée par la peur de la souffrance. Cette souffrance

est d'ailleurs vieille et connue inconsciemment depuis fort longtemps, car elle date d'une première séparation physique et psychologique de l'enfant d'avec la mère. Cette douleur de l'attachement et de la perte d'une autre vie sera éternellement vivante.

La personne a donc flirté avec la mort transmissible en prenant le risque de s'unir, d'être aimé ou de s'imaginer être quelqu'un d'autre. Elle se voit maintenant dénoncée comme irresponsable de par son style de vie inchangé, sa marginalité, son audace à désobéir. La personne infectée se retrouve de plus en plus dans un isolement affectif social où la sympathie s'entrechoque avec l'incompréhension.

La spécificité de la crise de la séropositivité

Il nous faut établir la nuance entre le choc du diagnostic et la crise de la séropositivité. L'annonce de la séropositivité provoque un choc dans le continuum espace-temps où des émotions se précipitent ou se paralysent devant ce déséquilibre de l'éternel désormais devenu temporaire. La crise de la séropositivité signe l'arrêt d'un non-sens de la vie et de la mort. Elle centre la personne sur sa raison d'être au monde et cible son interaction avec ses difficultés du passé et ses possibilités de vie dans un futur incertain ponctué par un présent en déséquilibre. Ces deux moments de choc doivent s'humaniser par la parole mais la crise de la séropositivité oblige la personne à donner un sens à sa vie.

Le «pré-test» et le «post-test» counseling ne peuvent empêcher cette crise qui survient lorsque l'angoisse de vie accumulée est débordante et lorsque les manifestations somatiques déclenchent l'alerte du non-sens de vivre dans ces conditions limitées du temps. Cette crise crée la perte de contrôle du quotidien morbide où la hantise de la folie ou du suicide déclenche l'alerte de demandes d'aide.

La crise prend donc un temps pour se manifester dans toute sa vivacité, car souvent la personne est rassurée, sinon empêchée de discourir à cette étape de vie avec le vih sur sa mort possible. En effet, le milieu médical la rassure en disant que la séropositivité est loin du sida, donc de la mort certaine. Ceci se doit d'être entendu comme tel pour permettre à la personne de digérer ce choc du temps. L'entourage de la personne séropositive peut la supporter dans le combat de sa vie ou la fuir sans pouvoir prendre soin de sa hantise de la mort qui l'habite de façon fantasmatique et intermittente. Toutes ces personnes sont porteuses d'une vérité, savoir médical ou inquiétude d'un proche, mais non d'une lourde réalité personnelle où la mort sera épiée dans ses symptômes physiques et où la culpabilité d'avoir pris le risque de mourir ne pourra se réparer si elle demeure silencieuse. L'attente de la mort, suite

au diagnostic de vih, est cette période de vie où le quotidien peut être encore supportable et viable sans action de changement. Le quotidien sera alimenté par des soubresauts de l'humeur où les questions existentielles seront mises de côté puisque l'univers de la personne infectée risquerait d'en être trop bouleversé.

Nous pensons que la crise de l'expérience de la séropositivité n'est pas comparable à celle du diagnostic du sida. En effet, le sida est le stade final et mortel du virus et est donc la manifestation de la mort inéluctable. Le sida peut être cette période de temps où le compte à rebours de la possibilité d'aimer sans le dosage de la survie commence à sonner. Le sida peut être ce moment de crise difficile qui force à choisir la qualité de sa vie émotive et physique et à prendre position quant à l'euthanasie ou à la tolérance d'apprivoiser sa mort. La séropositivité, quant à elle, impose la soumission aux affres de l'inconnu d'une mort et d'une vie possible ou pas. Les choix doivent donc se compromettre dans l'incertitude d'une mort éventuelle, ce que le sida, étonnamment, permet, lui, de déterminer enfin.

Les quatre éléments affectés dans une crise

Quatre éléments, que nous adaptons à la séropositivité, affectent l'humain dans son processus évolutif selon le vécu de la personne, son sexe, ses croyances, etc.⁵

Le temps

La crise peut prendre des mois, voire des années, avant le réveil conscient de cette paralysie que plusieurs personnes auront identifiée comme la survie. La notion de survie peut sembler adéquate si l'on observe que la personne diagnostiquée séropositive fait ce que nous appelons l'automatisation de gestes permanents et nécessaires à sa vie dans son travail et dans ses relations interpersonnelles. Cette automatisation révélera, selon nous, beaucoup plus une mort qu'une survie. La personne peut demeurer dans l'enceinte de la mort jusqu'à ce que, enfin, une crise survienne pour briser cette automatisation de l'existence, permettant alors d'insuffler une signification de vie.

La séropositivité peut déclencher cette recherche du sens de la vie en regardant la mort comme une réalité et non comme une vague possibilité. L'angoisse peut être ce ressort suffisamment puissant pour propulser la recherche de moyens d'être avec son intérieur psychologique, émotif et mental et pour interagir avec son entourage. Le temps est l'associé et l'ennemi de ses pensées pour construire sa vie. Il se pourrait également que rien ne se produise, car prendre soin de la vie et de la

mort en même temps pourrait être trop difficile à porter pour le temps qui semble rester. C'est alors un état de Non-Être qui existera où les probabilités et les possibilités de vie sont connues mais neutralisées par la peur du changement et le désir de stabilité à un moment d'insécurité profonde. Ces choix d'Être ou de Non-Être sont à regarder en fonction non de ce qui est bien ou mal, mais de l'accompagnement jusqu'aux limites de l'humain.

L'espace

L'espace de vie entre le choc du diagnostic et la crise peut être confortablement aménagé par le connu du quotidien (travail, loisirs, amour). L'espace est en fonction des rapports qui existent entre la personne et le monde, la mesure de sa compréhension de sa vie, de ses gestes, de ses pensées. La personne séropositive se questionne pour savoir qui l'a infectée, comment et pourquoi elle l'a été. Elle ne peut pas se demander combien de partenaires ont été mis en contact avec son virus dans cette période où elle en ignorait l'existence, car le poids de l'inconscient coupable est trop lourd.

Le monde et le corps

Les moments de crise bouleversent la personne séropositive et modifient sa relation habituelle au monde. C'est la prise de conscience que les choses sont telles qu'elles sont, pour une raison souvent inconsciente consciemment, et qu'elles ont une fin. La relation au monde sera questionnée par le «comment». *«Comment vivre maintenant ou comment apprendre à vivre avec le virus?»*

La principale manifestation d'alerte loge dans ce corps qui n'en finit plus de demander de l'aide, des soins, des temps d'arrêt, exigés par des malaises physiques. La personne séropositive manifeste le désir d'apaiser ces angoisses de vie inconscientes par l'entremise d'un médecin et de comprimés «anti-crisés» (anti-dépresseurs, relaxants, somnifères, etc.).

Spécificité de la séropositivité

Le vécu complexe de la personne séropositive, son jeune âge, son orientation sexuelle, sa culture, le mode de contamination, ses expériences passées, doivent être considérés afin de pouvoir répondre adéquatement à ses besoins particuliers. Les particularités des diverses clientèles séropositives, qu'elles soient masculines, féminines, homosexuelles, toxicomanes, hémophiles ou transfusées, doivent être consi-

dérées en première ligne dans une intervention de relation d'aide. Elles ne pourront faire ici l'objet d'une analyse approfondie mais nous tenons toutefois à rappeler certaines particularités générales.

La crise de la séropositivité questionne la différence de l'homosexuel et ses difficultés d'être homme et d'entrer en relation avec un être du même sexe. Il peut être culpabilisé, dans son intérieur, de ne pas avoir su aimer de façon sécuritaire dans un milieu où la mort vit. Chez la personne toxicomane, la crise de la séropositivité entre en conflit avec son besoin d'anesthésier sa vie émotive. Elle caractérise son incapacité à entrer en relation intime avec un être et son besoin de contrôler sa vulnérabilité par la drogue pouvant déclencher l'infectivité (Ritchot et al., 1991). La crise de séropositivité interpelle le désir de la femme québécoise de porter encore la vie au lieu de nourrir la mort. Elle fait rejaillir ses difficultés relationnelles avec les hommes et son besoin de laisser un héritage émotif à ses enfants, atteints ou pas, naturels ou culturels. Chez les personnes hémophiles ou transfusées, la crise de séropositivité condamne l'innommable ironie du sort du cadeau mortifère empoisonné accepté dans la quête d'un mieux-vivre en santé (consommation de dérivés sanguins). En ce sens, elles portent le stigmate d'un sang immunitaire contaminé que le crible de la science a laissé échapper dans son stock de sang.

La crise existentielle avec le vih se différencie de celle d'une autre maladie mortelle car la personne tient en même temps le rôle de l'agresseur social (qui doit apprendre à avoir des comportements sécuritaires pour tous) et celui de l'agressé (qui a osé enfreindre les interdits sociaux). La personne atteinte de cancer, elle, marque ce destin mortel inéluctable dans l'imprévu du cours de l'humain. La personne porteuse du vih se retrouve en conflit avec elle-même, dans son désir d'aimer avec ce rappel et de son infection et d'une société scrutant sa différence et cumulant les données afin de préserver la prévention sanitaire.

Il est tout aussi difficile d'en appeler à l'histoire explicative des épidémies de l'humanité en raison de l'importance des aspects sociaux, culturels, biologiques et psychologiques spécifiques à l'infection au vih. De plus, contrairement aux effets de l'irradiation de désastres technologiques, l'infection du vih se concentre davantage autour d'une population jeune et active, potentiellement identifiable, et se transmet davantage au plan horizontal (transmission sexuelle directe) qu'au plan vertical (transmission héréditaire ou humanitaire) (Ritchot, 1992).

Enfin, la crise de séropositivité peut engendrer un questionnement quant à la difficulté, sinon l'incapacité, de s'engager dans l'amour et dans la souffrance possible déjà connue, et peut faire ainsi rejaillir

l'idéal d'aimer jusqu'à la mort et peut-être la défier! Il nous faut également souligner que ces personnes peuvent interroger leurs difficultés à l'endroit de l'amour puisque la société leur demande de justifier comment il se fait qu'elles n'ont pas su le protéger! L'infection des enfants, des personnes transfusées et hémophiles provient pathétiquement de l'erreur humaine. La vulnérabilité à l'amour des soi-disant responsables est alors subtilement culpabilisée au lieu d'être comprise dans sa tragédie.

Principales balises d'intervention

L'intervention de crise doit faciliter l'expression d'une angoisse contenue, emmurée dans un silence imperceptible et permettre de sortir d'une «solitude enfermée dans la culpabilité» en suscitant toute forme d'espoir (Beauger et al., 1989). La démarche psychothérapeutique doit permettre, dans un premier temps, le soulagement temporaire du choc du diagnostic de séropositivité. Si elle est bien poursuivie, elle doit faciliter, dans un second temps, une compréhension plus approfondie de ce que l'expérience de la séropositivité met en cause. C'est principalement en passant «au travers» des multiples histoires qui ont composé la propre existence de la personne infectée, que la séropositivité peut être apprivoisée.

Il nous semble que l'expérience de vie avec la séropositivité provoque la reviviscence de vieux conflits intériorisés et non résolus souvent nommés «conflits archaïques» (Beauger et al., 1989). À l'exemple des anciennes blessures amoureuses qui apparaissent soudainement comme sujets d'entretien lors de rencontres régulières, la psychothérapie doit les considérer comme faisant partie d'un processus général de deuil; un deuil de l'éternité provoqué par l'expérience globale de la séropositivité.

Il n'existe pas une configuration exclusive d'intervention de crise en matière de séropositivité de même qu'il n'y a pas de solution miraculeuse. La personne intervenante doit considérer dans l'intervention ses propres habiletés, ses propres limites et doit identifier ses réticences personnelles à aborder des sujets plus particuliers et plus intimes comme, par exemple, la sexualité, l'homosexualité, le toxicomanie, la mort, etc. Nous croyons par ailleurs que la personne intervenante doit devenir le propre gage de ce qu'elle enseigne, c'est-à-dire un exemple silencieux sur lequel la personne consultante pourra symboliquement se modular.⁶ Les séances de relation d'aide bien orientées dans un processus de rencontres régulières doivent considérer les balises d'intervention suivantes:

Accueillir la demande d'aide

La personne doit être accueillie dans un cadre de réceptivité, d'ouverture et d'amour.⁷ Elle doit être incitée à parler librement, sans crainte de jugements approuvateurs ou désapprouvateurs (parce que la séropositivité exacerbe les sentiments de rejets possibles). La personne requérante doit être ainsi encouragée à s'exprimer, de façon générale, sur les raisons qui l'incitent à consulter.

Les motifs de consultation en situation de crise ne sont habituellement pas clairement définis et diffèrent d'une personne à l'autre. L'expérience de la séropositivité devient si douloureuse que la personne infectée se présente à la personne intervenante dans un déséquilibre psychologique débordant (Lévesque, 1988). Elle ose souvent requérir de l'aide pour une première fois dans sa vie (Corby et Wilson, 1989). L'intervention première en ce cas est alors de renforcer et de légitimer la pertinence de la démarche avant de procéder à l'exploration des motifs de consultation.

Privilégier l'urgence

L'intervention de crise doit faciliter l'identification des besoins les plus urgents à traiter ou à combler découlant directement de l'expérience de la séropositivité dans son ensemble. Il se peut qu'à ce stade de l'entrevue la personne intervenante identifie avec la personne aidée des besoins d'ordre informatif ou d'aide technique. En ce cas, il est souhaitable de vérifier dans quelle mesure les demandes d'information ou de support technique ne compensent pas la difficulté de la personne à parler d'elle.

Il ne fait aucun doute que la séropositivité et la crise en découlant obligent à faire un travail psychothérapeutique sur certaines problématiques urgentes. Il nous apparaît capital alors de procéder à un bref inventaire des difficultés les plus pressantes à explorer. Une certaine priorisation des problématiques à investir peut alors être envisagée. L'établissement d'un «contrat de travail» dynamique sur des difficultés identifiées et nommées permet des pistes de réflexion sur lesquelles la personne séropositive pourra se concentrer en-dedans et au-dehors du cadre psychothérapeutique.

Il arrive souvent, en réponse à l'oppression de la crise, que la personne infectée espère modifier dans un seul temps des habitudes de vie qui l'ont protégée et qui se sont façonnées durant des années. Il se peut qu'elle veuille ainsi rapidement changer toute sa vie en révisant, par exemple, son alimentation, sa sexualité, son rapport avec ses in-

times, son travail, le dire à ses proches, etc. (Ruffiot, 1989). Il nous apparaît alors important d'éviter de tomber dans le piège des transformations souhaitées puisque la personne aidée risque de se décourager facilement de ne pouvoir changer le «tout» rapidement. Il deviendra salubre d'explorer la notion du «plaisir»⁸ afin qu'elle parvienne à éprouver un certain bien-être et puisse, par le fait même, s'encourager.

La problématique d'idéations suicidaires, si elle devient consciente, apparaît en réponse à la douleur provoquée par le diagnostic de séropositivité (Green et McCreaner, 1989). L'entrevue doit alors prendre la forme d'une intervention davantage centrée sur la thématique du suicide, et oblige un travail subséquent sur les problématiques directement reliées à la séropositivité et laissées ainsi pour compte. Nous considérons cependant l'abord du suicide comme un phénomène normal dans un processus général de deuil et de vie. La séropositivité ramène de ce fait la trame de la mort dans le film singulier de la propre vie de la personne infectée. Il est alors compréhensible que la personne puisse songer au suicide, pense à tuer le «tout» de son existence, afin de celer et de soulager les tranches de l'être les plus souffrantes. La perspective du suicide devient donc une solution pour mettre fin à l'angoisse de vivre. Il est alors important, en telle situation, de faire parler les composantes que la personne suicidaire espère faire taire à tout jamais. Il s'agit, en ce cas, d'éprouver la capacité à «décompartmenter» l'imbroglio émotionnel explosif.

Identifier la complémentarité adéquate

L'intervention de crise doit considérer les services souhaités en complément à l'aide ponctuelle offerte. Il est nécessaire de procéder à la vérification des services actuels ou déjà reçus (pour éviter de tomber dans le piège possible de la désertion du cadre psychothérapeutique), des ressources personnelles et individuelles ainsi que des services souhaités par les personnes concernées. L'évaluation ne doit pas sous-estimer la capacité de la personne infectée de composer avec la crise, ni minimiser la véracité du choc provoqué par l'expérience de la séropositivité (Bourgon et Ritchot, 1991a).

Il n'est pas rare d'observer, après une première ou deuxième rencontre, des demandes pour ce que nous appelons une «brochette de services». Même si l'évaluation semble légitime, il est important de vérifier si ces demandes ne sont pas une conséquence directe de l'embrouillamini provoqué par la crise ou par un simple apanage d'un «dumping» discret. La personne intervenante et consultante risque alors de tomber dans le piège du «syndrome de la poule à la tête coupée».⁹

Une réponse immédiate n'est pas salubre pour la personne concernée puisque le travail psychothérapeutique amorcé est dilué par l'ensemble des interventions paradoxales menées. La personne infectée risque de payer le prix par une apparence de changements opérés simplement en surface. Il peut s'agir en ce cas d'une stratégie inconsciente, mais adroite, afin de saborder la chaloupe de la psychothérapie permettant, malheureusement, la dérive du navire de la vie pour possiblement échouer dans une marée encore plus noire!

Conclure la séance

La conclusion de la séance d'intervention doit permettre la rétrospective des thématiques explorées durant la rencontre d'aide et des pistes de réflexion envisagées pour colmater la crise. La conclusion de l'intervention doit favoriser un travail suivi en dehors du cadre psychothérapeutique, permettre une compréhension certaine de la situation d'urgence, et faciliter une réflexion consécutive à l'expérience de la séropositivité. Il est important que la personne infectée soit en mesure d'exprimer sa souffrance et d'y mettre des mots, afin qu'elle puisse poursuivre le questionnement amorcé et ce, en s'aménageant des espaces intimes de répit. Notons que la personne séropositive peut déployer son instinct de vie, insoupçonné jusqu'alors, afin de traverser l'impasse émotionnelle.

De façon générale et poursuite de l'intervention

De façon générale, la personne intervenante doit aussi travailler sur les résistances à recevoir de l'aide, même si la personne infectée semble, sans l'ombre d'un doute, disposée à ouvrir sur le panorama de sa vie (Pollak, 1988). Elle doit aussi considérer les impacts que le stress et l'angoisse peuvent provoquer sur les fonctions immunitaires pouvant se transformer en troubles somatiques¹⁰ (Lapointe, 1987).

L'utilisation des questions générales d'orientation facilite, en début d'entrevue, l'expression d'un vécu habituellement réservé à la plus stricte intimité. La poursuite de l'entrevue par des questions clefs incite la personne à approfondir les sujets évoqués et à examiner ses propres solutions aux difficultés les plus oppressantes (exploration de stratégies d'adaptation).

L'intervention de crise dans son ensemble rend possible l'exploration des significations de l'expérience de la séropositivité, des attitudes affectives et sexuelles, des états émotifs identifiés, des connaissances bio-médicales, des modes de vie passés, des relations professionnelles et personnelles, etc. (Bourgon et Ritchot, 1991a). Elle doit permettre la

référence éclairée à des services appropriés. Elle doit aussi faciliter la reconnaissance de «l'inconnu» obligeant maintes fois la personne intervenante à ne pouvoir répondre exactement à des questions spécifiques et pouvant être génératrices d'angoisse.¹¹

Enfin, nous décrivons souvent l'intervention de crise comme un baume sur la vie permettant d'éviter une complète hémorragie existentielle (DeMontigny, 1991). Ce type de travail est une solution temporaire au désarroi ou aux essais thérapeutiques connus bien avant la séropositivité (Ritchot et al., 1991). Une intervention plus soutenue et durable peut davantage permettre la refonte profonde de l'être, si la personne requérante désire travailler en ce sens. La séropositivité devient bien souvent, en ce sens, le porte-voix des silences accumulés et l'infection en légitimise ou en justifie l'expression (Berthelot, 1991).

Le soulagement de la personne aidante ou aidée?

Il est important de considérer les impacts que provoque le questionnement de la personne séropositive chez la personne intervenante. Ces aspects contre-transférentiels peuvent s'expliquer par la réintroduction de l'image de la finitude et de la fragilité humaine à travers sa propre recherche du plaisir sexuel et de son questionnement existentiel (Bourgon et Renaud, 1989). La personne intervenante peut être alors confrontée à des sentiments de stress, d'empathie exagérée, d'impuissance professionnelle, etc. (Bourgon et Ritchot, 1991b). La culpabilité ainsi engendrée peut être ponctuée par des épisodes de déni, et la personne intervenante porte alors l'habit des angoisses de sa clientèle (Tsoukas, 1988). Elle doit alors se soumettre à l'art de la discipline de la remise en question et à la maîtrise de l'exploration de son vécu que la proximité avec la séropositivité impose inéluctablement (Gros, 1989).

La personne intervenante peut être considérée comme une ressource facilitatrice, permettant la mise au monde de personnes éprouvées. Elle doit favoriser l'indépendance, l'autonomie et la réalisation de l'être aidé et lui permettre un envol vers la plénitude dans son propre firmament. Elle doit alors continuer à aider la personne infectée à se «soumettre à l'inacceptable» plutôt que d'entretenir l'idée d'une acceptation neurasthénique de la séropositivité. La personne intervenante doit se sensibiliser constamment aux dangers de la distance thérapeutique anesthésiante de même qu'elle doit éviter les pièges de la fusion inconsciente avec l'aidé. L'intervention doit enfin favoriser, dans l'ombre et le silence d'une salle de consultation, l'expression d'une douleur, d'une colère et d'une souffrance jamais égalées.

Possibles bénéfices de la séropositivité

Nos diverses interventions menées auprès de personnes infectées nous ont souvent incités à réfléchir sur les possibles bienfaits de la vie avec un diagnostic de séropositivité. Il semble en effet que la séropositivité permette à certaines personnes la mise en quarantaine de l'angoisse perpétuelle de la vieillesse en leur permettant d'inscrire un «non» définitif à l'état de décrépitude et de solitude qui lui est souvent associé. Ainsi la personne infectée, particulièrement si elle est homosexuelle, s'évite l'avatar des deuils anticipés de proches vivant la même réalité de l'infection.¹²

La séropositivité peut aussi permettre pour certaines personnes la découverte d'une expression nouvelle de la sexualité facilitant, cette fois, l'exploration de l'amour et de l'affectivité en empruntant le sentier de la sensualité et du toucher corporel. Elle peut aussi justifier le refus de devenir parent et de s'inscrire dans la lignée des générations ou, à l'opposé, revivifier le désir de procréation et assurer ainsi sa descendance. Elle confère, par ailleurs, à la personne infectée une fantasmatique de toute puissance lui permettant de détenir un pouvoir de vie et de mort sur le partenaire. Ainsi elle a le pouvoir d'être un justicier, par vengeance, ou un sauveteur, par protection (Forest, 1988).

La séropositivité peut faciliter la réalisation du rêve chéri d'être aimé jusqu'à la mort en permettant l'abandon ultime. En ce sens elle permet le déni des vrais affects où, par exemple, la personne pourra enfin s'abandonner dans la complaisance d'un amour difficilement dévoilé que les frontières de la fin précipitent. Paradoxalement, elle peut servir d'écran à l'amour en soulageant la personne de sa quête perpétuelle de relations affectives ou en justifiant le fait de ne jamais avoir été aimée.

La séropositivité facilite, pour d'autres personnes, la confiance des souffrances cumulées à travers les ans (Cornier et Vincent, 1989). Elle permet ainsi, par l'expression d'un nouveau besoin d'aide, l'acceptation de diverses formes d'amour exprimées par les personnes touchées par la problématique; elle force à recevoir et non seulement à donner. Elle donne également le droit d'exiger des attentions ou des services privilégiés prétextant l'urgence de sa situation et de son droit capital à la vie. Elle permet par ailleurs de faire détonner sa colère, de revendiquer sa détresse, de décrier les injustices et de condamner la société. Socialement, la séropositivité peut provoquer la hiérarchisation de la sympathie en faveur des «victimes innocentes» infectées par la consommation aveugle de dérivés sanguins ou par le partage d'une vie avec un partenaire infidèle.

La séropositivité précipite, dans certains cas, la quête d'un nouveau sens à la vie justifiant la découverte de l'insoupçonnable réservoir du potentiel et des capacités individuelles. Elle peut accélérer la modification de certaines conduites de vie ou forcer la «redéfinition» de son système relationnel. Elle peut justifier, excuser ou motiver la personne infectée de procéder à certaines ruptures affectives ou amoureuses. L'infection accélère, en ce sens, la réalisation des projets d'idéaux de vie jusqu'alors non réalisés et revigore le profond désir de «laisser sa trace».

L'intervention en matière de séropositivité peut permettre l'éloge silencieuse ou l'écho de la reconnaissance face à l'ouverture missionnaire de la personne intervenante en regard de la marginalité et de la mort bien souvent condamnées. Le travail d'intervention modèle permet de livrer subtilement des batailles au centre de ses propres inquiétudes existentielles en joignant, plus facilement, les tranchées de l'autre qu'en reconnaissant sa propre guerre. Elle bénéficie, en ce sens, plus facilement, de ce que les personnes séropositives apprennent, elles, plus durement. L'intervention face à une nouvelle problématique augmente les chances de la personne intervenante d'inventer des thérapeutiques nouvelles. Elles garantissent alors la sauvegarde de l'humanité et assurent ainsi une distinction honorifique éternelle.

Cependant, il se peut que les possibles bénéfiques évoqués de la vie avec la séropositivité se trouvent subjugués par une fantasmagorie mortifère donnant naissance à une toute nouvelle angoisse, plus lourde et indélébile et jusqu'alors jamais vécue *de mourir avant d'avoir vécu!* Le prix à payer n'est-il pas trop élevé pour finalement réaliser, sous la menace du mourir, que la personne possédait inéluctablement le goût de vivre?

Conclusion

Ce ne sont pas toutes les personnes séropositives qui parviennent à requérir de l'aide sous les formes décrites précédemment et chacune vit cette expérience selon les modulations de sa propre existence actuelle et passée. La douleur de la séropositivité peut également se vivre de façon solitaire, dans la pénombre d'un appartement anonyme de la région métropolitaine, où la seule lumière d'espoir semble, aux yeux du simple passant, vaciller normalement.

La crise existentielle du vih permet de soulever l'angoisse de la mort transmissible et culpabilisante afin de créer des possibilités de vie. Ces choix de vie peuvent se diviser entre l'Être et le Non-Être. Être c'est oser risquer l'imprévu, la culpabilité, la souffrance et rencontrer son vécu émotif. Être c'est aussi défier les acquis enracinés. Non-Être est cet état où les possibilités d'amour et de vie sont anticipées mais

neutralisées par la peur du changement et par le désir de stabilité, risquant ainsi l'idéalisation ou la banalisation de sa mort et sa destinée. Ces deux choix sont douloureux et doivent être accompagnés dans l'expérience de vie de la personne. La marginalisation, la condamnation, le rejet, la culpabilité (sociale et individuelle) de la transmission de la mort possible, sont à «vif» et doivent être considérés avec de la compréhension et du temps.

Il nous tarde d'exprimer nos doléances face à certaines pratiques professionnelles douteuses qui, au nom d'une soi-disant bonne écoute, assurent un suivi psychologique précaire. Quoique la relation d'aide empathique et bienveillante est essentielle et heureusement assurée par une équipe multidisciplinaire, la véritable souffrance ne pourra s'entendre et s'investir sans une thérapie adéquate. Elle doit alors être dispensée par des personnes professionnelles formées en ce sens et humainement disposées à être aidantes pour l'autre.

Enfin, les différentes interventions menées auprès de diverses personnes séropositives nous ont obligés à nous «requestionner» et à nous «repositionner» par rapport à l'attachement en général, et à l'amour en particulier. Ces personnes nous ont ainsi forcés, sans qu'elles le sachent vraiment, à vivre dans le risque de l'existence et, comme elles, en nous rappelant sans cesse la vivacité du sillon tortillé de la mort. En ce sens, nous nous devons de ne l'oublier en aucun temps, et d'espérer qu'elles ne cessent jamais de nous le rappeler.

NOTES

1. La notion de «crise existentielle de vih» pourrait aussi s'entendre dans un sens métaphorique de «*crise existentielle de vie*».
2. Les acronymes «sida» et «vih» sont rédigés en lettres minuscules contrairement à la logique grammaticale. Les auteur-e-s tiennent à éviter le caractère fantastique d'une connotation médiatique abusive que les lettres majuscules du mot «S.I.D.A.» ou «VIH» peuvent évoquer.
3. Le Comité sida aide Montréal (CSAM) est un organisme communautaire sans but lucratif offrant principalement des services de soutien et de prévention. On peut communiquer avec le CSAM au C.P. 5098, Station «C», Montréal, H2X 3M2 ou au (514) 282-9888.
4. Il est à noter que les auteur-e-s s'inspirent de la psychologie existentielle traditionnelle en adaptant son contenu à la spécificité de la séropositivité.
5. Tel que suggéré par Giorgi (1991), psychologue-phénoménologue et professeur au département de psychologie de l'UQAM.
6. Considérant la relation psychothérapeutique comme un portrait miniaturisé de la répétition des dynamiques affectives de la personne aidée et des aspects transférentiels qu'elle suscitera.

7. L'infection est souvent au cœur de la difficulté éprouvée dans une quête inlassable d'amour. Le climat thérapeutique doit en permettre son expression.
8. Nous utilisons souvent l'anecdote du «bon verre de vin»: la personne se refusera de consommer ce produit euphorisant par crainte de dépression du système immunitaire. Par un effet pervers, le stress ainsi engendré peut cliniquement se traduire par une diminution des défenses de l'organisme.
9. Découlant d'une métaphore québécoise voulant que la personne se précipite ça et là à l'aveuglette en réflexe à la crise oppressante.
10. Les nausées, par exemple, sont-elles provoquées par un «mal de cœur» ou par un «mal au cœur»?
11. Par exemple: «Dites-moi, combien de temps pensez-vous me reste-t-il à vivre?»
12. Dans sa conférence intitulée «*Homosexualité et sida: Réflexions sur l'imaginaire collectif mortifère*», Pierre Ritchot (1991) relatait la difficulté des hommes gais à vivre dans un réseau social où plusieurs membres sont infectés. Il démontrait comment la proximité de vie avec le virus provoque la fascination pour le culte du mortifère et, comment alors, il devient plus difficile d'envisager faire partie d'une minorité de survivants qui devra passer au travers de multiples deuils anticipés.

RÉFÉRENCES

- BERTHELOT, P., 1991, Counselling pré-test et toxicomanie, *L'intervenant — Association des intervenants en toxicomanie du Québec*, 7, n° 3.
- BOR, R. et MILLER, R., (1988). Counselling in Action — Adressing «Dreades Issues» a description of a unique counselling intervention with patients with AIDS/HIV. *Counselling Psychology Quarterly*, 1, n° 4, 307-406.
- BOURGON, M. et RENAUD, G., 1989, Sida et travail social: un croisement propice à la réflexion. *The Social Worker/Le Travailleur social*, 57, n° 1, 43-47.
- BOURGON, M. et RITCHOT, P., 1991a, Principaux objectifs et types d'intervention auprès d'une personne infectée par le VIH ou atteinte du sida, *Programme de formation sur le sida: Pour une vision humaniste de l'intervention — module psycho-social*, Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Canada, 362-363.
- BOURGON, M. et RITCHOT, P., 1991b, Expériences et besoins personnels et professionnels des intervenants, *Programme de formation sur le sida: Pour une vision humaniste de l'intervention — module psycho-social*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec, Canada, 370-376.
- CORBY, N. et H., WILSON, G., 1989, *Needs of Family Caregivers of Persons with AIDS*, Paper presented at the V International Conference on AIDS, Montréal, Canada. 10 pp.

- CORNIER, P. et VINCENT, T., 1989, «Syndrome psychiatrique du Sida». *Psychologie du SIDA — approches psychanalytiques, psychosomatiques et socio-éthiques*, in Ruffiot, A. ed., Pierre Mardaga, Bruxelles, 141-148.
- DEMONTIGNY, J., 1991, Le suivi psychologique de la personne séropositive, *L'intervenant — Association des intervenants en toxicomanie du Québec*, 7, n° 7, 19-20.
- FOREST, M., 1988, La problématique du SIDA, *Revue québécoise de psychologie*, 9, n° 3, 138-151.
- GREEN, J. et MCCREANER, A., 1989, *Counselling in HIV Infection and AIDS*. Blackwell Scientific Publications, London, 332 pp.
- GROS, M., 1989, Le personnel soignant bien informé? Pas sûr.... *Santé Société*, 11, n° 3, 38-39.
- LAPOINTE, B.J., 1987, *L'approche psycho-sociale du patient séro-positif au VIH*, Montréal, Québec, Canada, 19 pp. (non publié).
- LÈVESQUE, M.-A., 1988, VIH. et C.H.S. — Premiers résultats de l'enquête de l'Association Didier Seux, *L'information Psychiatrique*, 64, n° 5, 693-699.
- MAY, R., 1971, *Psychologie existentielle*, Ed. Épi, Paris. 105 pp.
- POLLAK, M., 1988, *Les homosexuels et le SIDA — Sociologie d'une épidémie*, Ed. A. M. Métailié, Paris, 213 pp.
- RITCHOT, P., 1992, *Revue de la littérature sur la spécificité de l'expérience de la séropositivité asymptomatique [...]. Chapitre 4: Fléaux, désastres et maladies non curatives*, Mémoire de maîtrise présenté aux Études avancées de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), (en rédaction)
- RITCHOT, P., SAURIOL, P. et COLLETTE, M.-C., 1991, La clientèle toxicomane au CSAM: Particularités de l'intervention psycho-sociale. *L'intervenant — Association des intervenants en toxicomanie du Québec*, 7, n° 3, 21-24.
- RUFFIOT, A., 1989, *Psychologie du SIDA — approches psychanalytiques, psychosomatiques et socio-éthiques*, Ed. Pierre Mardaga, Bruxelles, 322 pp.
- TSOUKAS, C.M., 1988, Le syndrome du lépreux, *Journal of Palliative Care*, 4, n° 4, 15-16.
- YALOM, I. D., 1980, *Existential psychotherapy*, N.Y. Basic Books, 545 pp.

Particularities of crisis Intervention for seropositive persons, the "HIV existential crisis"

ABSTRACT

This article presents a vision of crisis intervention for seropositive persons following an approach inspired by existential psychology. Persons who intervene must view crisis intervention for HIV-positive persons as an exploration of the close relation that exists between life and death. They must investigate the interrelations with the dimensions

sons who intervene must view crisis intervention for HIV-positive persons as an exploration of the close relation that exists between life and death. They must investigate the interrelations with the dimensions of time, space, world and body. They must also examine the characteristics of the seropositive experience that are specific to the different infected clienteles. The welcoming process, the urgency of the situation and the therapeutic complementarity must be considered as the main guidelines for this type of crisis intervention which, in addition, must take into account the various life experiences that are particular to each of the HIV-positive persons. This approach requires that the person who intervenes and plays a supporting role must put into question their own attitudes toward the phenomenon at hand. Finally, life with the infection can also bring certain intervenors and clients to discover and profit from a number of unsuspected benefits.