

« COMPRENDRE POUR MIEUX AIDER : *Un outil d'intervention sexologique à l'intention des intervenants »*

Par Isabelle Foucreau, M.A
Sexologue clinicienne

AVRIL 2002

LA PRÉVENTION
EN ACTIONS

Garder notre
monde en santé

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

**« COMPRENDRE POUR MIEUX AIDER :
*Un outil d'intervention sexologique à l'intention
des intervenants »***

Par Isabelle Foucreau, M.A
Sexologue clinicienne

AVRIL 2002

Une réalisation de l'Unité Maladies infectieuses
Centre universitaire de santé McGill, mandataire

Unité Maladies infectieuses
Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone: (514) 528-2400
Télécopieur: (514) 528-2452
www.santepub-mtl.qc.ca

© Direction de santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2002)
Tous droits réservés

Dépôt légal : Xe^e trimestre 2002
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89494-348-2

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	« Comprendre pour mieux aider : un outil d'intervention sexologique à l'intention des intervenants »	5.00\$	
	NUMÉRO D'ISBN OU D'ISSN 2-89494-348-2		

DESTINATAIRE

Nom

Organisme

Adresse

No

Rue

App.

Ville

Code postal

Téléphone

Télécopieur

**Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la
Direction de santé publique de Montréal-Centre.**

Pour information : (514) 528-2400, poste 3646.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de santé publique de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

LA PRÉVENTION
EN ACTIONS

Garder notre
monde en santé

Remerciements

Merci au Dr Alix Adrien ainsi qu'à Nathalie Paquette de m'avoir permis d'intégrer l'équipe de VIH-AVIS et ainsi, donner vie au présent document. Merci à Yves Claveau, Frédéric Doutrelepont, Marie-Carole Toussaint, Marie-Christine Pinel, Martine Fortier, Johanne Laplante ainsi que Marguerite Paiement pour leurs commentaires.

Résumé

Ce document s'adresse aux intervenants qui sont motivés à parler de sexualité et qui sont sensibilisés à l'importance d'inclure les interventions sexuelles avec la clientèle séropositive. Cet outil se veut donc un repère afin de faciliter les interventions que vous tentez déjà auprès de votre clientèle et non pas une initiation à la sexologie. Il est aussi important de savoir que *Comprendre pour mieux aider* doit être utilisé dans son intégrité. Mettre en pratique une technique sans prendre en considération le contexte d'intervention requis pourrait engendrer des conséquences importantes telles que la rupture de l'alliance de travail ou encore une désorganisation émotionnelle du patient. Lire le texte en entier vous aidera à comprendre le contexte d'intervention proposé dans toute sa complexité, vous permettant ainsi d'atteindre vos objectifs de travail avec le patient atteint du VIH.

Bonne lecture !

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
1. LA RÉALITÉ SEXUELLE DU CLIENT	3
1.1 Les atteintes physiologiques.....	3
1.2 Les atteintes affectives	4
1.3 Les atteintes psychosociales	6
2. L'INTERVENTION	8
2.1 L'alliance de travail.....	8
2.2 Identifier et vaincre les résistances	9
2.2.1 Le reflet-reformulation plus poussé.....	11
2.2.2 Supposons que.....	12
2.2.3 Tendre la perche	13
2.2.4 Vers un comportement d'adulte responsable	14
2.3 Et si ça ne marche pas... ..	17
3. CONCLUSION.....	18
RÉFÉRENCES	19
ANNEXES	20

INTRODUCTION

Vivre avec un diagnostic de séropositivité au VIH n'est pas sans répercussion. Cet étranger s'infiltrer dans la vie des gens et entraîne avec lui une gamme de changements que son porteur n'aurait jamais souhaités. Ainsi, la personne porteuse du virus se voit parfois contrainte à de nouvelles conditions de vie impliquant un lot d'inconvénients et de changements. Si certaines modifications deviennent capitales pour la personne séropositive, elles se manifestent souvent dans la sphère qui est principalement responsable de la transmission du VIH, soit la sexualité (Boivin, 2001). Même quand la transmission n'est pas sexuelle, par exemple, pour les utilisateurs de drogues injectables, c'est probablement dans ce domaine que les changements seront les plus marqués, qu'il s'agisse de modifications positives ou négatives. Or, cet aspect de la vie n'est toutefois pas celui où l'intervention est la plus facile, à cause de son caractère intime et aussi parce qu'il est souvent empreint de honte, de gêne et de culpabilité.

Le présent ouvrage s'adresse aux professionnels de la santé travaillant auprès de la clientèle séropositive ne prenant pas de précautions pour éviter la transmission du VIH à leurs partenaires. Afin d'avoir du soutien, les intervenants¹ du réseau de la santé peuvent recourir au service VIH-AVIS, mis sur pied par la Direction de santé publique de Montréal-centre. Les services d'une infirmière spécialisée en matière de VIH/sida peuvent ainsi être utilisés pour évaluer les situations à risque, les contextes éthiques, juridique et légal. En plus de fournir ce type d'informations « techniques », VIH-AVIS donne aussi des conseils directement reliés aux difficultés d'intervention. De plus, les intervenants ayant recours au service ont exprimé différents malaises à discuter de sexualité avec leurs clients. Le présent document se veut donc un complément du service VIH-AVIS. Celui-ci vous fournira des outils d'intervention adaptés aux différentes barrières que peut présenter l'intervention auprès de la clientèle séropositive. Aussi, par la lecture de ce document, vous devriez être davantage en mesure de mener une

¹ Dans ce texte, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte. Aussi le terme intervenant fait référence à toute personne oeuvrant avec ladite population (travailleur social, infirmier, médecin, psychothérapeute, sexologue, travailleur de rue, etc.).

intervention plus adaptée, et ce, en mettant en pratique certaines techniques d'entrevues facilitant l'exploration en profondeur de la détresse du client.

Pour favoriser une plus grande compréhension envers la personne atteinte, la première section du présent outil vous offre un rappel sommaire des atteintes physiologiques, affectives et psychosociales souvent associées au VIH, ainsi que quelques pistes d'interventions face à celles-ci. Vous trouverez ensuite le but principal de l'outil, des indices de compréhension favorisant une intervention plus adaptée et souhaitons le, plus réussie. En conclusion nous tenterons de fournir quelques pistes supplémentaires pouvant être utiles auprès des clients plus récalcitrants aux interventions. Des vignettes ainsi que des tableaux synthèses y ont été intégrés afin de faciliter votre travail.

1. LA RÉALITÉ SEXUELLE DU CLIENT ²

« Un secret lourd à porter »

« Il faut toujours continuer d'en discuter. Il ne fait pas certaines choses dont il aurait envie, parce que ça l'embête de mettre d'abord le préservatif. Je lui ai dit que les répartir un peu partout (...) Ce qui se passe, c'est que la spontanéité de l'acte d'amour n'est plus là. On est toujours en éveil les deux et, en principe, on se surveille mutuellement. » (Meystre-Agustoni et al, 1998, p.112).

1.1 Les atteintes physiologiques

« Quand le corps s'exprime... »

Une des facettes de la vie souvent marquée par la présence de la maladie est la fonction sexuelle. Que ce soit au niveau du désir sexuel, de l'excitation (érection et lubrification) ou de la capacité orgasmique, la réponse sexuelle se trouve souvent perturbée suite à l'annonce d'un diagnostic de VIH aussi important et transmissible sexuellement. Plusieurs réactions sont alors possibles :

- une diminution ou même une absence de désir sexuel,
- une augmentation du désir sexuel pouvant entraîner une promiscuité sexuelle,
- une difficulté à garder l'érection ou une difficulté de lubrification vaginale,
- malaises, dyspareunie, vaginisme,
- une éjaculation précoce ou retardée,
- une diminution de la capacité orgasmique ou sa totale absence.

Dans un cas comme dans l'autre, ces difficultés sexuelles résultent d'une certaine détresse et il est important de s'y attarder. La question qui se pose est alors très

² Le texte qui suit a évidemment été synthétisé et ne présente qu'un rappel de certaines réalités.

simple : « **Contre quoi le client se défend-t-il à l'aide de sa dysfonction sexuelle?** » Par exemple, il pourrait répondre : « *Juste à penser que je vais mourir, ça me fait débâter* », « *Ma séropositivité me perturbe tellement que je ne peux me concentrer sur mon plaisir.* », « *Plus vite c'est fini, moins j'ai le temps de m'en faire* ». Il peut s'agir ici d'un **évitement sexuel** souvent causé par la **peur du rejet** mais aussi par la **peur de transmettre le virus**, d'un **mécanisme de défense** comme le déni ou la formation réactionnelle, etc. Ne plus avoir d'érection ou ne plus éjaculer peut alors constituer un excellent moyen de protéger son partenaire. On peut imaginer que la mort ne fait pas bon ménage avec la sexualité, qui est souvent perçue comme une source de vie (conception).

1.2 Les atteintes affectives

« *Le duel d'Éros et de Thanatos³...* »

Si toutes les personnes atteintes du VIH ne développeront pas systématiquement des difficultés liées à la fonction sexuelle, il est irréaliste de penser qu'aucune autre modification ne survienne dans leur vie. Des modifications davantage émotives pourraient apparaître. Celles-ci serviront parfois à masquer une trop grande détresse psychologique ou tout simplement à contribuer à alléger la charge émotive augmentée par la situation difficile. Certains clients pourraient ainsi admettre : « *Le sexe me garde en vie, il faut que je me défonce* », « *Je vais lui prouver que je ne suis pas encore mort* ». Ici, c'est la pulsion de vie qui semble prendre le dessus. Malheureusement, certaines personnes ayant ce comportement pourraient être portées à prendre à la légère le risque de transmission. N'oublions pas que le VIH touche l'intimité de la personne. La façon de gérer sa vie intime, dont la sphère affective et sexuelle, ne pourra qu'en être ébranlée.

Au plan relationnel beaucoup d'interrogations risquent de se présenter au client : « *Suis-je encore apte à maintenir une relation de couple, à faire des projets futurs?* », « *L'abstinence est la seule solution, suis-je voué à rester seul?* », « *Vais-je pouvoir avoir un enfant quand même?* », « *Comment intégrer l'usage du condom dans ma vie*

³ Éros était la divinité grecque de l'amour et Thanatos celle de la mort.

de couple après tant d'années de non utilisation? », etc. Selon Meystre (1998) « S'ils restent unis, les couples sont mis à rude épreuve : leur intimité profonde est blessée. Leur vie intime est sans cesse marquée par la peur de contaminer l'être aimé. Le plaisir et la sexualité doivent oublier l'insouciance et l'imprévu. Dans le contexte des couples stables, établis depuis plusieurs années, l'introduction du préservatif est particulièrement délicate et nécessite parfois des négociations difficiles. »

Des modifications de diverse nature peuvent aussi être apportées aux pratiques sexuelles. Par exemple, l'utilisation du condom pourrait devenir incontournable. On pourrait aussi noter un changement au niveau du nombre et du choix des partenaires sexuels. Par exemple, certaines personnes séropositives vont préférer rencontrer des partenaires aussi porteurs du VIH tandis qu'il en sera autrement pour d'autres. Le répertoire sexuel risque aussi d'être bouleversé. Par là, on entend le type de pratique sexuelle. Ainsi, à la suite du diagnostic de séropositivité, l'individu séropositif pourra se concentrer sur les caresses et la masturbation mutuelle et laisser tomber toute forme de pénétration. D'autres décideront d'éliminer toute pénétration anale avec des partenaires d'aventure, réservant celle-ci au partenaire stable. Il arrive aussi que certains hommes prennent la décision de ne plus éjaculer dans la bouche du partenaire ou encore d'utiliser un condom.

Quelle que soit la nature de tous ces changements, la détresse psychologique qui les accompagnent souvent doit servir de repère pour l'intervention. Il faut ainsi savoir éclairer les comportements à risque par une compréhension globale de la réalité de l'individu.

1.3 Les atteintes psychosociales

« Des confidences dangereuses... »

Les atteintes psychosociales sont aussi à considérer dans la compréhension de la réalité sexuelle du client. En fait, il importe de comprendre que le client se confiera de façon différente selon la réaction qu'il anticipera chez l'intervenant. Ainsi, dans une société où le VIH est encore perçu comme une maladie honteuse, il n'est pas surprenant de voir les personnes atteintes se retrouver dans la solitude et l'isolement, et ce, même face à un intervenant.

Le dévoilement de la séropositivité de l'individu à son entourage constitue un des éléments principaux de cette sphère sociale. Évidemment, la décision de divulguer ou non sa séropositivité ainsi que de choisir le moment pour le faire constituent des difficultés courantes pour les personnes séropositives (Giovanna Meystre-Augustoni et al., 1998). Le rôle du professionnel de la santé s'intégrant dans une stratégie de prévention, il est souhaitable de favoriser le dévoilement de la séropositivité du client à son entourage. Toutefois, il faut en comprendre les enjeux tels que le moment choisi, la nature de la relation entretenue avec le partenaire (l'individu ne considérera pas nécessaire de dévoiler son état de santé à une aventure d'un soir, par exemple), l'appartenance sociale de la personne, la peur du rejet et du jugement, etc.

Dévoiler sa séropositivité, c'est parfois divulguer une réalité qu'on préférerait oublier ou cacher (toxicomanie, homosexualité, relations extra-conjugales, etc.). La peur d'être jugé socialement y est donc directement attaché. En ce sens, il est essentiel que le client ne se sente pas jugé. L'intervenant pourra se rappeler que certains clients évaluent sûrement qu'ils ont beaucoup à perdre en dévoilant sa séropositivité. Toutefois, il y en a aussi qui considèrent qu'ils ont, au contraire, beaucoup à gagner en dévoilant leur situation. Par exemple, un sentiment d'appartenance à un groupe distinct, le sentiment qu'on va s'occuper d'eux, etc.

« Jamais je n'ai avoué ma séropositivité dans ses termes là. J'utilisais la maladie en disant que j'avais une cochonnerie que j'aurais pu passer à mon partenaire, qu'il fallait faire gaffe (...) Il m'a bien fallu dix ans pour arriver à dire le mot « sida » » (Meystre-Agustoni et al, 1998, p.92).

2. L'INTERVENTION

« Comprendre pour mieux aider »

2.1 L'alliance de travail

Que ce soit dans le cadre d'une relation d'aide, d'un counselling, d'éducation ou de thérapie, l'intervenant dispose d'un outil qu'aucun livre ne remplacera : lui-même. Son savoir-être sera déterminant dans la relation qu'il entreprendra avec son client, et ce, peut-être encore plus que son savoir-faire. Le conseiller qui éprouve des sentiments négatifs (colère, dégoût, haine, etc.) envers son client devrait immédiatement en prendre conscience et s'interroger face à ceux-ci. Pouvoir détecter ce contre-transfert est une qualité essentielle du bon intervenant. Également, s'il ne détient pas les compétences nécessaires pour amorcer un suivi individuel de cette importance, il devrait l'admettre et faire appel à son organisme pour un soutien ou si nécessaire, transférer le dossier. S'il décide d'intervenir, le professionnel aura toute une gamme d'éléments à considérer pour bien cerner les besoins du client.

En tant qu'intervenants auprès de ces personnes souvent blessées et méfiantes, il est important de bien comprendre les réalités sexuelles qui se cachent derrière la séropositivité. *Quelles sont les préoccupations sexuelles des clients? Éprouvent-ils de la culpabilité, de la détresse, de la rage? Comment perçoivent-ils leur corps qui subira obligatoirement des modifications pouvant être fatales? Quelles sont les obstacles aux interventions?* Voilà toutes des interrogations à se poser et qui sont loin de mettre en doute les compétences de l'intervenant. Demander de l'aide aux professionnelles du service VIH-AVIS ne devrait pas non plus amener un sentiment d'incompétence. Au contraire, le danger de ne pas se questionner dans des situations où l'intervenant se sent coincé peut parfois constituer un obstacle important à une bonne intervention. De plus, cette attitude reflète souvent un manque d'empathie⁴, principale barrière à l'établissement d'une alliance avec le client.

⁴ L'empathie est définie comme la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. (Petit Larousse illustré, 2000).

L'empathie démontre au client la capacité d'écoute, le respect, ainsi que l'absence de critique de la part de l'intervenant; elle est nécessaire, et ce, dès les premiers contacts. Afin d'établir ce lien de confiance, l'intervenant aura tout avantage à explorer d'abord la vie sexuelle du client pour avoir la capacité de suggérer des comportements « sains » et « sans risque ». En effet, si le VIH demande à la personne d'être attentif aux pratiques sexuelles à risque, il provoque aussi certains changements beaucoup moins modifiables.

Il importe donc de développer une relation de confiance avec notre client basée sur l'honnêteté, le respect, l'authenticité, le non jugement, etc. Pourquoi? Simplement parce celui-ci se confiera plus aisément à son intervenant s'il juge qu'il peut lui faire confiance, qu'il ne joue pas un jeu. Ainsi, si la personne qui lui fait face se sent à des milles des préoccupations de son client, son désir de se confier et, par le fait même, le pouvoir d'intervention s'en trouveront diminués. Comment établir l'alliance propice aux confidences? En faisant preuve d'empathie et en démontrant au client que la relation avec lui ne répond pas seulement aux exigences du patron mais aussi à un profond désir de le comprendre et de lui venir en aide.

2.2 Identifier et vaincre les résistances

Après avoir consolidé le lien avec le client, en s'intéressant à lui, la prochaine étape sera de le comprendre dans sa sexualité. Comme mentionné auparavant, il ne suffira pas de lui proposer des comportements sains et des relations égalitaires pour que tout soit réglé, il faudra d'abord comprendre pourquoi il ne les adopte pas. Les écrits ont répertorié plusieurs obstacles possibles à l'adoption ou au maintien des comportements à risque. En voici quelques-uns tirés et adaptés du document de Me David S. Thompson⁵ :

⁵ Thompson, David. S. (1995). *Réduction de la transmission du VIH par les personnes qui refusent de prendre les précautions nécessaires ou qui sont incapables de le faire*, Module de prévention et contrôle des MTS/Sida, UMI, HGM. p.33.

1. **Le déni** : L'individu nie sa condition de séropositivité ou encore les dangers qui y sont sous-jacents.
2. **La méchanceté** : Le comportement à risque est volontaire et dans le but de faire du mal.
3. **La santé mentale** : Trop grande fragilité psychologique pour assumer sa condition ou encore la dévoiler à ses partenaires sexuels.
4. **La roulette russe** : L'indifférence est ici de mise. L'individu prend une chance de transmettre le virus ou de se réinfecter.
5. **L'insouciance envers autrui** : L'insouciance, la personne se moque des conséquences de ses gestes sur les autres.
6. **La désorganisation émotionnelle** : L'état dépressif. Par exemple, le client pleure beaucoup et n'est plus apte à gérer son quotidien.
7. **Situations où sa propre sécurité est en danger** : La personne est victime de violence conjugale et craint de nouvelles blessures au dévoilement, etc.

Le refus d'adopter des comportements sexuels sécuritaires et la volonté d'avoir tout de même des relations sexuelles tout en sachant les conséquences pouvant en découler, peut constituer une forme de délinquance sexuelle au même titre que l'abus sexuel. Dans les deux cas, le but est souvent de satisfaire ses propres besoins en oubliant ceux de l'autre. Tout comme le délinquant sexuel, la personne séropositive ne prenant pas les précautions nécessaires représente un bon exemple de l'utilisation de la sexualité à des fins défensives⁶.

Voici quelques hypothèses pouvant expliquer les comportements à risque de votre client « plus délinquant ⁷ » :

- le comportement à risque pourrait augmenter l'excitation et le plaisir sexuel;

⁶ L'usage défensif de la sexualité est celui qui nous permet de surmonter un état dépressif ou une frustration particulière (Crépault, 1997).

⁷ Adapté du document « différentes fonctions des troubles paraphiliques et non paraphiliques présentés par Marc Ravard, Conférence ASQ, 2001.

- le comportement à risque pourrait permettre d'exprimer des sentiments d'hostilité, de rage, de vengeance;
- le comportement à risque peut constituer une façon de renverser le traumatisme en triomphe (reprendre le contrôle);
- le comportement à risque peut constituer un défi contre les sentiments d'ennui, de solitude et de vide intérieur ;
- le comportement à risque peut permettre de surmonter des peurs reliées à la désintégration du moi, afin de préserver un sentiment d'équilibre mental et de contrôle de soi .

Il est important d'identifier les raisons faisant que l'individu semble incapable de prendre les précautions sexuelles nécessaires afin de minimiser le risque de transmission du VIH. Évidemment, les intervenants se confrontent souvent à des réponses du style : « *Parce que je ne veux tout simplement pas utiliser le condom!* ». Pour faire face à ces résistances, diverses techniques d'exploration sont utilisées par les cliniciens. Ces techniques sont aidantes et permettent de faire venir à la conscience les souffrances qui ne sont pas toujours visibles à première vue. En voici quelques-unes :

2.2.1 Le reflet-reformulation plus poussé

Un des trucs intéressants pour approfondir les réponses du client est d'**utiliser ses propres réponses pour poser d'autres questions**. En voici un exemple (I : intervenant, C : client):

I : Pourquoi n'utilisez-vous pas le condom ?

C : Parce que ça ne me tente pas.

I : Mais pourquoi, porter le condom n'est-il pas tentant pour vous ?

C : Parce que je n'aime pas ça.

I : Pourquoi n'aimez-vous pas ça ?

C : C'est pas l'fun, ça gâche tout.

I : Mais qu'est-ce que ça gâche donc ?

C : Le fun!

I : Qu'est-ce que vous trouvez le fun dans la relation sexuelle ?

C : Le contact avec l'autre, l'orgasme.

I : Le condom empêche cela ?

C : Des fois.

I : Quand ?

C : Quand j'ai déjà assez de misère comme ça.

I : De quelles difficultés parlez-vous ?

C : À venir.

I : Vous avez plus de difficultés à atteindre l'orgasme avec un condom ?

C : Oui

Et ainsi de suite jusqu'à l'atteinte d'une souffrance réelle. Ce processus peut sembler long mais il donne habituellement des résultats intéressants. De plus, en reformulant les questions et les réponses du client, celui-ci se rendra vite compte que l'intervenant est déterminé à ne pas laisser tomber. Il ne faudrait tout de même pas abuser de la patience du client. Si ça ne fonctionne pas, l'intervenant ne devrait pas s'acharner inutilement.

2.2.2 Supposons que...

Une autre méthode pour découvrir les angoisses du client consiste à utiliser **la suggestion**, **la supposition**. Dans ce cas, on suppose une réalité contraire à celle présentée par le client. En voici un exemple (I : intervenant, C : client) :

I : Pourquoi ne voulez-vous pas adopter des comportements sexuels plus sécuritaires pour vous et vos partenaires ?

C : Parce que.

I : Parce que quoi ?

C : Parce que je ne veux pas, point final.

I : Juste pour s'amuser, supposez que vous décidiez de porter le condom.

C : Je vous ai dit non!

I : Supposons seulement, qu'est-ce qui se passerait si, un bon soir, vous décidiez de le porter ?

C : Il ne se passerait rien.

I : Mais encore, essayer d'imaginer...

C : J'haïrais ça.

I : Pourquoi ?

C : Parce que ça voudrait dire que j'ai quelque chose à cacher.

I : Avez-vous quelque chose à cacher ?

C : Non.

I : Alors si vous aviez quelque chose à cacher, ça pourrait être quoi ?

C : Je ne sais pas.

I : Penses-y un peu...(respecter le silence).

C : Je pourrais cacher que je suis séropositif.

I : Et qu'est-ce qu'être séropositif pourrait cacher à son tour ?

C : Que je ne suis pas parfait...

I : Et qu'advierait-il si vous n'étiez pas parfait ?

C : On me rejetterait...

Et ainsi de suite.

Dans cet exemple, on voit une peur du rejet. L'intervention requiert ainsi une analyse de cette peur. Dans ce genre de situation, il est important de réconforter minimalement le client.

2.2.3 Tendre la perche

Une fois la souffrance du client cernée, la simple exploration favorisera une ouverture. Toutefois, certains clients ne veulent pas se prêter à ces méthodes et sont totalement fermés à toute exploration de la part du professionnel de la santé. Un bon moyen est alors de lui proposer des réponses à vos questions. En lançant des hypothèses expliquant le comportement du client, l'intervenant court la chance de tomber sur la bonne, à laquelle celui-ci ne pourra rester indifférent. Il se dira peut-être alors : « *elle comprend !* ». Pour

ce faire, il peut être utile de se servir des éléments de la liste présentée dans la section 3.2 (Identifier et vaincre les résistances) du présent document. Utilisées comme des perches, elles contribueront à aider un client plus réticent à vous dévoiler ses motivations réelles. Il peut aussi arriver que cette même personne ne soit pas en mesure de dire ses souffrances parce qu'elle n'en est tout simplement pas consciente ou qu'elle est trop souffrante pour en parler.

2.2.4 Vers un comportement d'adulte responsable

Afin de confronter un client difficile, il est parfois utile de se référer aux principes de l'analyse transactionnelle. Ce principe soutient que toute personne est constituée de trois composantes (Beaulieu, 1998).

1. La composante ENFANT

La composante d'enfant peut représenter l'**enfant soumis** ou l'**enfant rebelle**.

Enfant	Soumis	➤ il se soumet par peur des conséquences, ➤ il accepte tout ce qu'on lui demande pour se faire aimer, ➤ etc.
	Rebelle	➤ il est facilement irritable, ➤ il boude quand on ne répond pas à ses besoins, ➤ les choses doivent se faire à sa manière, ➤ il n'accepte aucune responsabilité de ses gestes, ➤ etc.

2. La composante ADULTE RESPONSABLE

La composante d'adulte responsable est celle dans laquelle l'individu d'âge adulte doit se trouver la majorité du temps.

Adulte Responsable	➤ Le respect (de soi et des autres) ➤ L'affirmation de soi ➤ La capacité d'établir des relations égalitaires (non basé sur le pouvoir)
-----------------------	--

3. La composante PARENT⁸

Celle-ci se divise en deux qualificatifs : le **parent nourricier** ou le **parent critique**.

Parent	Critique	➤ émet des opinions sur chaque geste, ➤ menace de punition si opposé à ses exigences, ➤ croit que ses valeurs sont les seules acceptables, ➤ etc.
	Nourricier	➤ console, cajole, comprend, conseille, etc. ➤ protège de tous les dangers, ➤ désire le mieux pour les autres, ➤ fait passer les autres avant lui-même, ➤ etc.

Par exemple, la personne qui ne prend pas les précautions nécessaires afin d'éviter la transmission du VIH pourrait se trouver principalement dans sa composante d'enfant. Elle se trouvera dans sa composante d'enfant rebelle si son refus de protection résulte davantage de l'indifférence et de la violence. La composante d'enfant soumis sera visible chez les individus qui, par exemple, acceptent de ne pas porter le condom pour faire plaisir à l'autre et ainsi, éviter de le perdre.

Faire référence à la composante infantile d'un individu séropositif ne pourrait le laisser indifférent. S'il maintient dur comme fer qu'il est un adulte, l'intervenant pourra voir avec

⁸ Cette dernière composante est présente chez la personne, qu'elle ait ou non des enfants.

lui si son comportement répond aux exigences de cette composante. Refuser de protéger les autres lorsqu'on est infecté du VIH met en danger leur vie. Or, ce n'est pas une attitude respectueuse et encore moins égalitaire. Si le comportement à risque vient de la crainte de perdre le partenaire qui ne veut pas mettre le condom, l'affirmation de soi est ici à travailler. Évidemment, l'utilisation du principe de l'analyse transactionnelle ne doit pas être un automatisme ou encore être lancée sans but. Dire au client qu'il agit comme un enfant rebelle lorsqu'il a l'âge adulte le confrontera : cela prend un certain doigté.

2.3 Et si ça ne marche pas...

La réalité veut que les clients ne soient pas toujours prêts à accepter l'aide des intervenants. Il peut donc arriver que la bonne volonté de ces derniers ne donne pas les résultats souhaités. Évidemment, l'objectif final est l'adoption de comportements sécuritaires par le client. Toutefois, une intervention réussie n'est pas essentiellement celle-là. L'intervenant aura accompli son rôle après avoir fait le maximum pour favoriser un changement. Il ne faut pas oublier que le client doit fournir les efforts nécessaires, le professionnel ne doit pas travailler pour lui. Aussi, certains clients se présenteront avec une plus grande ouverture, ce qui rendra l'intervention plus facile. D'autres au contraire, resteront fermés à toute intervention jusqu'à la dernière rencontre, surtout lorsque celles-ci ne sont pas volontaires. Avec ces derniers, le sentiment de patiner, et ce, sans parvenir à compter un seul but peut se manifester. Dans ce cas, l'intervenant devrait se rappeler qui il est : un intervenant et non pas un magicien. S'il utilise les bons outils, il ne devrait pas se sentir responsable de cet insuccès.

3. CONCLUSION

L'intervention auprès des personnes séropositives qui ne prennent pas de précautions lors des relations sexuelles est difficile et exigeante. Celle-ci demande des compétences particulières. Ainsi, le temps utilisé afin d'établir une alliance de travail de qualité reste essentiel. Le temps que l'intervenant met à faire connaissance avec son client n'est pas du temps perdu. Aussi, il est utile de se munir de plus d'éléments possibles sur la vie de celui-ci, cela permet d'avoir une compréhension globale de sa vie sexuelle. La sexualité n'est pas un élément indépendant de la vie de la personne, elle est directement reliée à sa personnalité, son éducation, ses croyances, ses valeurs et toute autre dimension la composant. L'intervention doit prendre en compte l'ensemble de la personne concernée et non pas une seule caractéristique dominante.

L'intervenant doit aussi réfléchir à son meilleur outil : lui-même. Plusieurs intervenants admettent avoir peur de confronter leurs clients de peur de les blesser ou encore de briser le lien. Attention, vous êtes son intervenant et non pas son ami. Si l'intervenant décide de remettre les pendules à l'heure avec son client résistant aux changements, il y a un risque qu'il parte et ne revienne plus. Toutefois, plus il aura développé une relation de confiance avec le client, moins cette éventualité sera réelle. Si le professionnel ne se sent pas à l'aise avec l'intervention ou s'il n'a pas les compétences nécessaires, il est préférable qu'il s'abstienne et réfère le client.

« *Comprendre pour mieux aider* » a été conçu pour les intervenants, afin de leur donner des pistes, des conseils et peut-être soulager un sentiment de solitude face à cette problématique peu banale. Il se veut ainsi un complément à VIH-AVIS, un service disponible aussi souvent qu'il vous en est nécessaire.

RÉFÉRENCES

Beaulieu, D. **Techniques Impact pour intervention**. Éd. Académies Impact, Montréal, 1997, page 300.

Boivin, N. **La séropositivité : un défi pour Éros**. InfoSexo Web. 2001, page 8.

Crépault, C. **La sexoanalyse : à la recherche de l'inconscient sexuel**. Paris : Payot, 1997, page 418.

Le Petit Larousse illustré. Paris, 2000, page 1784.

Meystre-Augustoni G., Thomas R., Häusermann M., Chollet-Bornand A., Dubois-Arber F, Spencer B. **La sexualité des personnes vivant avec le VIH/Sida**. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, 1998, page 153.

Ravard, M. **Différentes fonctions des troubles paraphiliques et non paraphiliques**. Résumé d'une conférence, Association des sexologues du Québec, 2001, page 2.

Thompson, David. S. **Réduction de la transmission du VIH par les personnes qui refusent de prendre les précautions nécessaires ou qui sont inaptes à le faire**. Module de prévention et contrôle des MTS/Sida, UMI, HGM. 1995, page 107.

Annexes

AIDE-MÉMOIRE

« Les bonnes étapes »

1. **Se questionner sur sa capacité personnelle et professionnelle à travailler auprès du client.**
2. **Établir une alliance et une relation de confiance.**
3. Être empathique au client en lui permettant de s'exprimer sur sa réalité sexuelle (histoire sexuelle, difficultés antérieures, perception de lui-même, lien entre VIH et sexualité et difficultés actuelles ...). **S'intéresser à sa sexualité.**
4. **COMPRENDRE** les agissements délinquants du client (pourquoi existent-ils chez lui, quels sentiments viennent-ils défendre, etc.).
5. **Proposer des solutions** afin de pallier aux souffrances sous-jacentes et aux agissements délinquants.

Notes : _____

AIDE-MÉMOIRE

« L'intervention »

- Le reflet-reformulation plus poussé.

On ne lâche pas prise en utilisant les réponses du client pour poser d'autres questions.

- Supposons que...

On suggère des situations ou encore on propose des comportements « imaginaires » afin d'accéder aux angoisses cachées du client.

- Tendre la perche.

Le client ne comprend pas pourquoi il a ce comportement? Proposez-lui vos hypothèses.

- Vers un comportement d'adulte responsable.

On met en relief la composante dans laquelle se trouve le client dans sa sexualité.

⇒ **Enfant** (soumis ou rebelle)

⇒ **Adulte** (respect, affirmation de soi, relations égalitaires)

⇒ **Parent** (critique ou nourricier)

Notes : _____

AIDE-MÉMOIRE⁹

« Facteurs aidants pour les intervenants »

- **Écoute et soutien:** Je m'assure d'avoir du soutien clinique à mon travail ou auprès d'un professionnel. Je discute avec mes collègues, je fais une présentation de cas dans mon service, etc.
- **Analyse de mes limites :** Je m'interroge sur ma capacité et mes habiletés à m'investir dans un suivi auprès de mon client. Au besoin, je le réfère à un collègue.
- **Philosophie d'intervention :** Je m'assure que ma vision de l'intervention auprès de mon client rejoint les valeurs de l'organisme où je travaille.
- **Cadre éthique et légal:** Je me renseigne sur mes responsabilités auprès de mon client. J'obtiens des informations, de l'appui et des conseils auprès de ma corporation professionnelle.
- **Outils de sensibilisation et de renforcement :** Je connais et j'utilise les outils de promotion disponibles. Je vérifie qu'ils soient accessibles pour mon client. Je suis à l'aise de les utiliser dans mon espace de travail (exemples : affiches et vidéos sur la sexualité, dépliants sur la contraception, les MTS, boîtes de condoms de différents modèles, lubrifiants, etc.).
- **Communication avec les autres intervenants et les pairs :** Je m'informe des interventions ayant été faites par d'autres intervenants ou par des proches de mon client. Je vérifie si nous pouvons travailler en collaboration (bien sûr, tout en préservant l'intégrité de ma relation avec mon client).
- **Expertise additionnelle :** Je tente de motiver mon client à s'inscrire dans une démarche auprès d'un intervenant spécialisé (sexologue, psychologue, psychiatre, etc.). Je me renseigne sur les différents services disponibles.
- **Accès à de la formation :** Je m'assure d'avoir accès à de la formation continue me permettant d'améliorer mes interventions auprès de ma clientèle.

SERVICE VIH-AVIS: Lorsque j'éprouve des difficultés dans mes interventions, j'utilise le service VIH-AVIS (équipe conseil pour les intervenants auprès des personnes séropositives) au (514) 528-2400, poste 3840.

⁹ Préparé par Nathalie Paquette, infirmière bach, M.Sc.

