

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

FRÉDÉRIC DOUTRELEPONT

L'ÉVOLUTION APRÈS SIX ANS DES ATTITUDES FACE AU SIDA

MARS 1998

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Cette recherche porte sur la problématique du VIH/sida et a pour but d'évaluer si des changements significatifs sont intervenus au niveau des attitudes face au sida. Afin d'atteindre ces objectifs, la présente étude évalue plus spécifiquement les attitudes, les connaissances, l'homophobie et les habitudes en matière de sexualité, d'un échantillon d'étudiants français (n = 98). Les données recueillies en 1993 sont comparées à celles de l'échantillon (n = 96) de Ionescu de 1987 (Ionescu et Jourdan-Ionescu, 1989). Les étudiants retenus pour le nouvel échantillon de cette recherche répondent aux mêmes critères de sélection que l'échantillon de 1987. Plus précisément ces étudiants sont appariés en fonction de leur orientation sexuelle (hétérosexuelle), de leur âge (21 à 30 ans et 31 à 40 ans), de leur sexe (hommes et femmes), de leur programme d'étude (psychologie) et de leur origine (française). Les données sont recueillies à l'aide du questionnaire construit par Ionescu et Jourdan-Ionescu (1987), et les analyses portent sur ces données. Le questionnaire comprend cinq parties dont seulement quatre seront retenues pour les fins de cette recherche. Les sections concernant les données démographiques, l'échelle d'attitudes face au sida, l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité et le test de connaissances du VIH/sida sont les mesures retenues pour les analyses statistiques. La partie du questionnaire concernant l'anxiété face à la mort ne fait pas partie des données analysées. Les analyses de variance et les

comparaisons de moyennes démontrent que les hypothèses de recherches sont en partie, confirmées. On constate une augmentation des attitudes de peur et du niveau de connaissances face au sida et une diminution significative de l'activité sexuelle entre 1987 et 1993. Les résultats de l'échelle face à l'homosexualité indiquent qu'il n'y a pas de changement significatif entre les années de recueil et entre les sexes concernant les attitudes envers les homosexuels. Les analyses de corrélation de Pearson démontrent une relation significative entre l'échelle d'attitudes face au sida et l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité. Aucune autre relation significative n'est démontrée entre les différentes échelles et le test de connaissances. Ces résultats donnent une indication intéressante de l'évolution des attitudes face au sida.

Remerciements

L'auteur désire exprimer sa très grande reconnaissance à sa directrice de mémoire, Colette Jourdan-Ionescu, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son soutien tout au long de la réalisation de cette recherche.

De plus, des remerciements sont adressés à Gilbert Émond, pour son soutien lors des analyses statistiques, à José Boucher et Nancy Henry, pour leur support technique à l'informatique ainsi qu'à l'entrée de données et à Andrée Doutrelepont, pour son support lors de la cotation des questionnaires de recherches.

Table des matières

INTRODUCTION	1
CONTEXTE THÉORIQUE	5
Historique du VIH/sida	6
Ampleur de la problématique du VIH/sida	11
Situation canadienne, française et québécoise	14
Qu'est-ce que le VIH/sida?	17
Évolution clinique de l'infection par le VIH	18
Manifestations cliniques de l'infection par le VIH	18
Stade I: L'infection aiguë ou la Primo-infection	19
Stade II: L'infection symptomatique	20
Stade III: L'infection Assymptomatique	20
Stade IV: Le sida	21
Les infections opportunistes	21
Les infections tumorales	22
Les manifestations neurologiques	23
Le syndrome d'amaigrissement	23
Transmission du virus et syndrome de contagion	23
Modes de transmission du VIH	25
Transmission par voie sexuelle	25
Transmission par le sang, ses dérivés et les dons d'organes	26
Transmission par les aiguilles contaminées	28
Transmission périnatale	30
Les situations de non transmission du VIH	32
Le dépistage du VIH	33
Comment détecte-t-on le VIH?	33
A qui s'adresse le test	35
Les aspects psychologiques du VIH/sida	36
Historique des attitudes face aux maladies au travers des siècles	46

Concept d'attitude et sida	50
Mesure des attitudes face au sida	62
Points saillants de l'épidémie du sida	66
Recherches mesurant les attitudes face au sida	69
Mesure des connaissances face au sida	75
Mesure des attitudes face à l'homosexualité	80
Évolution des attitudes face au sida	82
Problématique et hypothèses	97
Problématique	97
Hypothèses	101
MÉTHODE	103
Sujets	104
Instruments de mesure	107
Déroulement de l'expérience	109
RÉSULTATS	111
Analyses statistiques	112
Présentation des résultats	113
DISCUSSION	133
Discussion des résultats	134
Impact social de la recherche	143
Limites de la recherche	145
CONCLUSION	148
RÉFÉRENCES	152

APPENDICES	168
Appendice A: Conditions cliniques associées au sida	169
Appendice B: Questionnaire de données personnelles	171
Appendice C: Échelle d'attitudes face au sida	175
Appendice D: Test de connaissances du sida	178
Appendice E: Échelle d'attitudes face à l'homosexualité	181

Introduction

Le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et le syndrome d'immunodéficience acquis (sida) sont parmi les sujets d'actualité fréquemment abordés par les médias depuis quelques années. Suite à sa découverte en 1979, le sida a suscité un grand intérêt scientifique, tant au plan médical qu'au plan psychosocial. Les recherches médicales intensives ont permis d'isoler l'agent infectieux en cause, de développer des tests de dépistage et des nouveaux traitements médicaux. Cependant même si à l'heure actuelle il est possible de donner de l'espoir aux personnes vivant avec le VIH/sida quant aux ressources thérapeutiques, aucun médicament ne peut détruire le virus qui s'est fait hôte du corps humain. Au plan thérapeutique, pour les pays en voie de développement, le scénario est beaucoup moins optimiste. Le manque de ressources financières et de personnel qualifié rend la maladie dans ces pays très douloureuse tant sur le plan physique que psychologique.

Les recherches dans le domaine psychosocial, dont la psychologie, démontrent que le public entretient en général des attitudes morales négatives envers le sida. Des fausses croyances et des peurs persistent face au sida. Les individus ont peur du sida et des personnes vivant avec le virus (sidaphobie), rejettent les homosexuels qu'ils associent comme les principaux responsables de l'épidémie (homophobie), ne se sentent pas concernés et ne semblent pas adopter des activités sécuritaires face au VIH/sida (déli de

l'infection possible). Le sida est une maladie transmissible sexuellement et entraîne la mort, ce qui semble raviver de vieux tabous associés à des conduites marginales.

La présente recherche a pour but de vérifier si les attitudes face au sida ont évolué dans le temps. À l'aide du questionnaire de Ionescu et Jourdan-Ionescu (1987) passé à six ans d'intervalle, sur deux groupes semblables, nous pourrions vérifier s'il y a eu une évolution.

Peu de recherches sont disponibles dans le domaine de l'évolution des attitudes face au sida. Les résultats sont apparemment contradictoires et réduisent la possibilité de bien cerner le phénomène des attitudes qui gravitent autour du sida. La mise en place de plans d'interventions est difficile à concevoir dans ce contexte. Cette étude tentera, dans la mesure du possible, de donner de nouvelles avenues pour des recherches futures et pour la mise en place de campagnes de sensibilisation/prévention auprès de la population.

Le présent mémoire se compose de différents chapitres. Le premier, le contexte théorique, définit la problématique du VIH/sida, établit les risques de transmissions, discute des tests de dépistage et aborde les aspects psychologiques reliés au VIH/sida. La seconde partie de ce chapitre traite du

concept d'attitudes. Elle aborde l'historique des maladies au travers des temps, définit les attitudes et décrit l'évolution face au sida. La troisième partie décrit les hypothèses de recherche qui sont basées sur le contexte théorique.

Le deuxième chapitre présente la méthode utilisée permettant la cueillette des données nécessaires à l'étude. Ce chapitre présente les sujets, les instruments de mesure et le déroulement de l'expérience. Le troisième chapitre expose les résultats en lien avec les hypothèses de recherche. Le quatrième chapitre discute des résultats des analyses statistiques, mesure l'impact de la recherche et effectue un retour critique sur l'ensemble de l'étude. Finalement, la conclusion reprend les idées essentielles du mémoire.

Contexte théorique

HISTORIQUE DU VIH/SIDA

Le VIH/sida est une maladie nouvelle qui est apparue vers la fin des années 1970 dont et nous cernons peu à peu les limites, les structures et les ramifications de cette épidémie.

C'est en 1975 aux États-Unis, plus exactement à Los Angeles, que les premières traces du virus ont été identifiées chez des hommes homosexuels. Toutefois, les manifestations cliniques de la maladie ne furent observées que vers la fin de l'année 1979. Jusqu'à cette date, le virus n'avait pas encore été isolé et les décès étaient difficilement expliqués par le corps médical. L'augmentation du nombre de personnes homosexuelles présentant une défaillance du système immunitaire vers le début des années 1980 laissait croire au corps médical qu'une maladie bien spécifique était liée à cette population. Le 4 juillet 1981, cinq cas de pneumonie attribués à la pneumocystis de carinii chez des homosexuels et 26 cas de sarcome de Kaposi (cancer de la peau) dans cette même population ont été officiellement déclarés par le *Center of Disease Control of Atlanta* (CDC). Ces hommes homosexuels de Californie et de New-York présentaient tous un état important d'immunodéficience. Face à cette situation, le CDC a choisi de nommer ce phénomène médical le *Gay Related Immune Deficiency* (GRID). Jusqu'alors, la

cause de ces deux maladies rares était encore inconnue. La veille de cette déclaration officielle par le CDC, un article de presse était paru dans le *New York Times* faisant état au grand public de l'existence d'un cancer rare chez 41 hommes homosexuels. Cette déclaration ne suscita pas, au départ, un grand intérêt auprès de la population. Par contre, les homosexuels, plus concernés, se sentaient mal à l'aise. La notion de "cancer gay" prend alors naissance et se propage au sein de cette population, créant révolte et panique.

En 1982, les autorités du CDC s'entendent pour dénommer ce phénomène Syndrome d'ImmunoDéfiance Acquis (sida). À cette même période, ce syndrome se retrouve chez des groupes ciblés: les 3H (Homosexuels, Héroïnomanes, Hémophiles), ce qui a permis de croire que la transmission de l'agent responsable de ce phénomène n'était pas juste de nature sexuelle mais aussi sanguine. La notion de groupe à risque est alors apparue. Des études cliniques effectuées auprès de jeunes hommes homosexuels américains ont démontré que malgré l'absence de symptômes spécifiques, plusieurs d'entre eux présentaient un système immunodéficient. La notion d'épidémie du sida prend alors naissance.

En 1983, les premiers cas de sida sont signalés en Afrique et en Haïti. Ils ne répondent pas à la catégorie des 3H et sont en majorité hétérosexuels.

L'agent responsable du sida est donc reconnu comme pouvant se transmettre par voie sexuelle et sanguine, et ce, pour tous les groupes de la population en général. L'appellation des 3H en y ajoutant les Haïtiens est maintenant devenu les 4H. Durant cette même période, aux États-Unis, le nombre de personnes contaminées double à tous les six mois. À New York, le Gay Man Health Crisis réagit rapidement en conseillant aux hommes homosexuels d'être vigilants dans leurs pratiques sexuelles.

Toujours en 1983, le Pr Luc Montagnier et son équipe de chercheurs de l'Institut Pasteur de Paris réussissent à isoler l'agent responsable du sida, le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), appelé à cette date LAV pour Lymphoderopathy Associate Virus. Un an et demi plus tard, en mai 1984, ces travaux furent confirmés, aux États-Unis, par le Pr Robert Gallo et son équipe de chercheurs. Ils isolèrent à leur tour l'agent responsable du sida et le nommèrent HTLV III pour Human T Lymphotropie Virus type III. Ce n'est qu'après de longues négociations entre ces deux équipes de chercheurs qu'il fut décidé d'un accord commun d'intituler le virus responsable du sida, VIH. Bien que le virus ait été identifié et que ses modes de transmission soient mieux connus, il n'en était pas moins impossible, à ce moment, de dépister le virus dans la population. Il était primordial de développer des tests capables d'identifier le VIH dans le sang, et ce, afin de limiter sa propagation et de

contrer ses effets dévastateurs sur le système immunitaire des personnes vivant avec le VIH. C'est en 1984 que les premiers tests sérologiques ont été mis au point, ce qui a rendu possible la détection, dans le sérum, des anticorps associés au VIH. Par contre, au Québec ce n'est qu'à partir de novembre 1985 que le dépistage des produits du sang et de ses dérivés fut réalisé de façon systématique.

En 1985, une autre souche du virus est identifiée, le VIH-II, par l'équipe Pasteur. Cette souche de virus est surtout présente en Afrique occidentale, mais en janvier 1990, cinq personnes au Canada en sont atteintes. Ce nouveau virus nécessite l'ajustement des tests de dépistage et en 1986 le test Éliisa est commercialisé mondialement.

En 1987, des conclusions des essais cliniques de médicaments conçus pour lutter contre le sida sont disponibles. Au Canada, l'azidothymidine (AZT), un agent antiviral démontre qu'il augmente la survie des personnes atteintes et qu'il permet de ralentir la progression de l'infection.

Jusqu'alors, l'origine de la maladie et des agents viraux sont inconnus. En 1987, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) déclarait officiellement que le virus VIH est un virus naturel d'origine géographique inconnue.

Les recherches s'efforcent, à l'heure actuelle, de trouver des médicaments qui combinés, permettent de ralentir la multiplication du virus dans le système humain. La XIème conférence internationale sur le sida du sept au douze juillet 1996 à Vancouver a révélé les effets positifs de la prise de médicaments en combinaison chez les personnes vivants avec le VIH/sida. Les chercheurs du domaine médical ont constaté que cette combinaison entraîne une augmentation significative des cellules cd4 (cellule responsable du maintien du système immunitaire) et une diminution significative de la charge virale (nombre de virus VIH dans le sang). On sait actuellement que lorsque la charge virale est faible et lorsque le nombre de cellules cd4 est élevé, la personne vivant avec le VIH aura moins de probabilités de développer une infection reliée au sida. Certains chercheurs du domaine médical tentent actuellement de démontrer qu'il est possible, grâce aux thérapies en combinaison, de rendre le virus indétectable dans le sang. Par le fait même, ils émettent l'hypothèse que ces personnes pourront redevenir séronégatives. De plus, ces résultats de recherche sont échelonnés au plus sur une année d'expérimentation et donc il est impossible de prédire à long terme les effets de ces médicaments sur les individus. Il pourrait bien être dangereux de véhiculer au sein de la population de telles hypothèses car elles ont des effets néfastes sur la prévention (les gens se sentent à l'abri car ils ont l'impression que l'on peut enrayer le virus du corps) et donnent de l'espoir aux personnes vivant avec

le virus (malgré le coûts des médicaments). Au plan psychologique, ces nouvelles thérapies médicamenteuses demandent de façon répétitive à la personne vivant avec le sida de se préparer à la mort. Il n'est pas rare de voir une personne pratiquement en fin de vie redevenir en santé avec la prise de ces nouveaux médicaments et quelques mois plus tard effleurer de nouveau la mort pour ensuite "renaître à la vie". On espère toutefois pouvoir, grâce à ces nouvelles découvertes, prolonger encore plus la vie des personnes vivant avec le VIH, et ce, dans des conditions physiques et psychologiques respectables.

AMPLEUR DE LA PROBLÉMATIQUE VIH/SIDA

En date du 31 décembre 1992, 611 589 cas de sida (n'inclut pas les cas de séropositivité) avaient été déclarés à l'O.M.S. en provenance de 173 pays. Un an plus tard, jour pour jour, 770 137 cas de sida étaient déclarés en provenance de 184 pays. Le tableau 1 précise le nombre de cas déclarés de sida par continent. Étant donné que la présente recherche s'intéresse à un échantillon de 1993, il est jugé pertinent de présenter les cas de sida pour cette même année.

Tableau 1
Nombre de Cas de Sida Déclarés par Continent en 1993

Continent	Nombre cumulatif de cas déclarés	Nombre de pays
Afrique	247 577	54
Amériques	422 577	45
Asie	3 561	36
Europe	92 482	37
Océanie	4 188	12
Total	770 137	184

Source: Le sida au Canada (1994). Appendice 1 - Statistiques internationales. Laboratoire de lutte contre la maladie, Direction générale de la protection de la santé. Santé Canada.

Devant le nombre substantiel de personnes vivant avec le sida et répartis sur l'ensemble des continents, il devient important non plus de parler d'épidémie du sida mais bien de pandémie du sida (épidémie qui atteint les populations d'une zone géographique très étendue, un ou plusieurs continents). Cependant à l'intérieur de cette pandémie, on distingue généralement trois épidémies différentes selon une base géographique.

L'épidémie de type I se retrouve généralement dans les pays d'Amérique du nord, d'Europe de l'Ouest, en Australie et dans certaines régions de l'Amérique Latine. Les principales personnes touchées par le VIH dans ces régions sont principalement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les utilisateurs de drogues injectables (UDI). Toutefois la

transmission hétérosexuelle dans ces régions est aussi présente et tend à augmenter d'année en année, tandis que le taux de transmission chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes tend, pour sa part à diminuer.

L'épidémie de type II touche principalement l'Afrique subsaharienne et certains pays d'Amérique Latine, plus particulièrement les Caraïbes. Dans ces pays, ce sont principalement les personnes hétérosexuelles qui sont infectées par le VIH. Le ratio homme/femme est sensiblement le même (1:1).

L'épidémie de type III concerne les pays qui ont été touchés plus tardivement par l'épidémie du sida. Ces pays sont: l'Asie (Asie du sud, du sud-est), le Moyen Orient, l'Afrique du Nord, l'Europe de l'est et la région du Pacifique. Ils ont été généralement frappés par cette maladie au début et au milieu des années 80, comparativement aux deux autres pays touchés par les types d'épidémies I et II qui sont concernés par le sida depuis la fin des années 70. Dans les régions de type III, l'épidémie est mal définie et sa progression est difficile à suivre. En général, les principales personnes touchées par le sida dans ces régions sont hétérosexuelles et/ou utilisateurs de drogues injectables.

SITUATION CANADIENNE, FRANÇAISE ET QUÉBÉCOISE

Comme nous l'avons dit précédemment, l'épidémie du sida au Québec et au Canada est de type I. Il en est de même pour la France. Parmi les pays industrialisés, le Canada vient en 1993 au cinquième rang concernant l'indice cumulatif des cas de sida et la France se situe au premier rang des pays de l'Europe. Au Canada, 76.1% des cas de sida déclarés pour l'année 1993 sont survenus chez des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Le Québec se situe au deuxième rang parmi les provinces canadiennes derrière la Colombie-Britannique en ce qui a trait à l'incidence des cas de sida au Canada. En France le nombre total des cas de sida déclaré pour l'année 1993 est de 24 226 personnes. Pour la même période, les cas de sida cumulatifs au Québec se chiffrent à 2 740 personnes vivant avec le sida pour un total de 9 083 personnes en y incluant celles décédées depuis 1979. Ce total n'inclut pas les cas de sida ajustés ultérieurement pour les délais de déclaration.

Le tableau 2 permet de comparer la distribution des cas de sida cumulatifs déclarés en fonction du sexe.

Tableau 2

Distribution des Cas Cumulatifs et Pourcentage en Fonction du Sexe au Canada
(1979-1993)

	Cas	(%)
Adultes		
Sexe masculin	8 508	93.67
Sexe féminin	482	5.31
Total adultes	8 990	98.98
Enfants		
Sexe masculin	49	53.00
Sexe féminin	44	47.00
Total enfants	93	100.00
Total	9 083	100.00

Source: Le sida au Canada (1994). Laboratoire de lutte contre la maladie, Direction générale de la protection de la santé. Santé Canada.

Note. Ce total n'inclut pas les cas de sida ajustés ultérieurement pour les délais de déclaration.

En ce qui concerne les cas de sida déclarés, l'Amérique du Nord, et donc le Canada et la province de Québec, font partie de l'épidémie de type I. Plusieurs facteurs de risque ont été répertoriés Amérique du Nord. Le tableau 3 permet de voir quels sont les facteurs de risques les plus importants.

Tableau 3

Distribution en pourcentage des facteurs de risque parmi les cas de sida au Québec et au Canada, décembre 1993.

	Québec (%)	Canada(%)
Cas adultes:		
Activité homosexuelle/bisexuelle	71	77
Toxicomane (drogues injectables)	3	3
Les deux qui précèdent	3	4
Receveur du sang et des produits du sang	3	4
Activité hétérosexuelle à risque	15	9
Exposition professionnelle	0	< 1
Aucun facteur identifié	5	4
Total	100	100
Cas enfants		
Transmission périnatale	66	76
Receveur du sang et des produits du sang	34	23
Aucun facteur identifié	0	1
Total	100	100

Source: 1- Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida), Québec cas cumulatifs 1979-1993. Mise à jour No. 93-6. Centre québécois de coordination sur le sida. 2- Le sida au Canada (1994). Laboratoire de lutte contre la maladie, Direction générale de la protection de la santé. Santé Canada.

Les quelques données épidémiologiques présentées dans cette section permettent difficilement de croire que le sida pourra devenir d'ici l'an 2000 une épidémie oubliée de tous. Bien au contraire, le problème du sida et de l'infection par le VIH resteront pour longtemps parmi les plus importants

problèmes de santé publique autant au plan national et qu'international. Cette pandémie aux multiples ramifications ne peut être prédite avec exactitude et son évolution reste à long terme un mystère. Afin de montrer l'importance du niveau de connaissances, les pages suivantes font le bilan des connaissances actuelles face au VIH/sida.

QU'EST-CE QUE LE VIH/SIDA?

Il est important de rappeler ce qu'est le Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis (sida). On entend par syndrome un ensemble de manifestations et de symptômes qui définissent une maladie. L'immunodéficiency se caractérise par un affaiblissement important du système immunitaire (responsable de la défense de l'organisme contre les agressions extérieures). On le dit acquis parce qu'il est non héréditaire mais dû à un virus rencontré par la personne au cours de sa vie.

Le VIH est le **V**irus responsable de l'Immunodéficiency **H**umaine. C'est lui qui provoque le sida. Il attaque les défenses de l'organisme et le laisse démuni face à des infections qui en d'autres temps seraient relativement inoffensives. Il détruit différentes cellules et attaque plus particulièrement un type de globules blancs, les lymphocytes CD4. Ces derniers jouent un rôle

prépondérant dans la réponse immunitaire. En effet, c'est sur un récepteur présent dans les lymphocytes CD4 que se fixe le VIH. Il peut alors s'introduire dans la cellule et la détruire. À l'heure actuelle le mécanisme par lequel le VIH s'introduit dans les cellules CD4 n'est pas bien connu. Le VIH n'est donc pas directement responsable des conséquences infectieuses et tumorales de la maladie, les complications sont secondaires à la destruction du système immunitaire qui n'est plus en mesure de résister aux agressions extérieures. Les microbes, les parasites, ainsi que les virus ont le champ libre et peuvent envahir le corps humain sans que celui-ci ne puisse se défendre de façon efficace.

EVOLUTION CLINIQUE DE L'INFECTION PAR LE VIH

Manifestations Cliniques de l'infection par le VIH

L'infection par le VIH évolue souvent de façon sournoise et imprévisible laissant le malade, ses proches, le personnel soignant ainsi que le thérapeute démunis et impuissants face à cette problématique. Quatre grands stades de l'infection par le VIH se dessinent, passant du contact avec le VIH à la mort. Cette classification ne signifie cependant pas que toutes les personnes vivant avec le VIH passeront par tous ces stades. Il existe à l'heure actuelle des

personnes infectées par le VIH qui n'ont pas encore développé de maladies ou de symptômes. Par contre, notons qu'aucun cas de guérison du VIH n'a encore été constaté. Cette maladie continue donc d'être le symbole d'une mort imminente.

Stade I: L'Infection Aiguë ou la Primo-Infection

Ce stade correspond à la réaction du corps humain suite à son premier contact avec le VIH. Il apparaît chez environ 50% des personnes infectées (Junod, 1997) et se produit généralement dans les 2 à 7 semaines suivant la contamination. Les autres personnes restent asymptomatiques. Les manifestations cliniques sont semblables aux symptômes de la grippe ou de la mononucléose. La primo-infection peut se manifester par une température élevée, des malaises, de la fatigue, des myalgies, des arthralgies, des lymphodanopathies et des pharyngites. Durant cette période, le diagnostic à l'aide des tests courant n'est pas encore possible car la personne n'a pas eu le temps de développer les anticorps du VIH. Généralement, ces symptômes bénins disparaissent en très peu de temps, ne permettant pas à l'individu de suspecter une contamination par le virus du VIH.

Stade II: L'Infection Asymptomatique

A ce stade, la plupart des personnes vivant avec le VIH vont demeurer asymptomatiques, mais néanmoins contagieuses. Durant cette période (variant de 3 à 12 ans, en moyenne) l'individu semble être en parfaite santé. Cependant, cette période de latence clinique favorise la réplication virale du VIH et la destruction du système immunitaire. La quantité des anticorps anti-VIH va augmenter et devenir détectable dans le sang. Actuellement, on ne connaît pas le nombre de personnes asymptomatiques qui passeront à la période symptomatique. On sait toutefois que 50% des personnes infectées par le VIH développeront le sida après une période de 12 ans. Cette situation devrait changer dans le futur avec les médicaments en combinaisons. Actuellement la recherche du domaine médical n'a pas encore fait de pronostic dans ce sens.

Stade III: L'infection Symptomatique

À ce stade, la personne peut ressentir certains symptômes particuliers. Si l'on fait un examen médical on pourra repérer des anomalies cliniques et biologiques chroniques qui témoignent de l'immunodéficience. On remarque, entre autres, des ganglions au niveau du cou, des aisselles et de l'aîne. De plus, durant cette période, les analyses sanguines démontrent très clairement la

diminution des lymphocytes CD4. Actuellement, environ 70% des cas d'infection symptomatique évoluent vers le sida après 3 à 8 ans. Pour ce stade il en est de même que pour le stade II, les médicaments en combinaison devraient amener une modification de la durée de la période de l'infection symptomatique.

Stade IV: Le Sida

Pour faire un diagnostic du sida chez une personne vivant avec le VIH, on doit retrouver un système immunitaire très affaibli et avoir une maladie parmi les quatre catégories suivantes: infections opportunistes, manifestations tumorales, manifestations neurologiques ou syndrome d'amaigrissement. On retrouve 23 maladies spécifiques associées au sida. Ces maladies font l'objet de l'appendice A.

Les Infections Opportunistes

Les infections opportunistes sont causées par des micro-organismes communs de l'environnement et parfaitement inoffensifs lorsque les défenses de l'organisme sont intactes. Par contre, ces infections ont l'opportunité d'envahir l'organisme souffrant d'une défaillance immunitaire et, malgré les

traitements connus, peuvent conduire à la mort. Elles peuvent être dues à des bactéries, des champignons, des parasites ou des microbes. L'infection opportuniste la plus fréquente chez les personnes vivant avec le VIH en Occident est la pneumonie à pneumocystis de carinii. Elle se manifeste par des essoufflements, une toux chronique et de la fièvre.

Il est important de signaler que ces infections opportunistes ne peuvent être transmises aux personnes qui côtoient une personne atteinte du sida et donc qu'il n'y a aucune raison d'isoler le malade pour une de ces infections.

Les Infections Tumorales

Ces infections sont des cancers. Le plus courant chez les personnes infectées par le VIH est le sarcome de Kaposi. Il s'agit d'une tumeur d'origine vasculaire qui se manifeste au niveau de la peau et/ou des muqueuses buccales, digestives ou bronchiques. Chez les personnes atteintes de cette forme de cancer au niveau cutané, il est possible de constater des petites taches bleuâtres ou violacées. Une autre forme de cancer souvent rencontrée chez les personnes vivant avec le VIH est le lymphome non-Hodghinien, cancer des globules blancs contenus dans les ganglions.

Les Manifestations Neurologiques

Les manifestations neurologiques sont souvent la cause de germes qui créent des infections au niveau du système nerveux central. Les plus souvent rencontrés sont: les névrites, les atteintes de la moelle épinière, les méningites et les atteintes de l'encéphale. Ces troubles provoquent souvent des pertes de mémoire, des maux de tête, des problèmes d'équilibre, des troubles de l'humeur et même la démence.

Le Syndrome d'Amaigrissement

Ce syndrome se retrouve souvent dans les infections. Il se définit par une perte de poids de plus de 10%, une diarrhée et/ou une fatigue chronique ainsi que de la fièvre pendant une durée de plus d'un mois.

TRANSMISSION DU VIRUS ET SYNDROME DE CONTAGION

Le sida est une maladie transmissible mais peu contagieuse. En effet, le virus du sida (quoique très meurtrier) a peu de résistance en dehors du corps humain. Sa capacité de survie n'est que de quelques heures à l'air libre. Il est sensible à la chaleur et ne survit pas à des températures dépassant 60 degrés

Celcius. Pour contaminer quelqu'un, le virus doit pénétrer dans le système sanguin d'une personne et ce, dans un laps de temps très court. La contamination n'est rendue possible qu'à partir d'une certaine concentration de virus. Une personne ne peut être infectée si la concentration n'a pas atteint ce seuil.

Le VIH est présent dans plusieurs liquides biologiques comme le sang, le sperme, les sécrétions cervico-vaginales, le liquide pré-éjaculatoire, la salive, le lait maternel, les larmes, l'urine, le sérum, le liquide céphalo-rachidien et le liquide alvéolaire. Cependant, on a démontré que seuls le sang, le sperme, les sécrétions cervico-vaginales, le liquide pré-éjaculatoire et le lait maternel contenaient une assez grande concentration de virus pour infecter une autre personne.

Il est important de bien cerner la façon dont le virus se transmet et les moyens dont nous disposons pour s'en protéger. Les attitudes envers le VIH/sida sont souvent en lien avec le niveau de connaissances face à cette maladie. Les quatre modes de transmission seront détaillés dans les pages suivantes ainsi que les moyens de protection à adopter.

Modes de Transmission du VIH

Il existe quatre modes de transmission du VIH:

- transmission par voie sexuelle;
- transmission par le sang, ses dérivés et les dons d'organes;
- transmission par aiguilles et seringues contaminées;
- transmission périnatale.

Transmission par Voie Sexuelle

Le sida s'ajoute à la liste déjà longue des MTS ou maladies sexuellement transmissibles au même titre que la blennorragie, la syphilis, l'herpès génital, etc. La transmission sexuelle est le mode de transmission du VIH le plus répandu à travers le monde. Comme déjà dit précédemment, les vecteurs du VIH qui entrent en jeu lors des relations sexuelles sont: le sperme, les sécrétions cervico-génitales, le liquide pré-éjaculatoire et le sang. Cette transmission est facilitée par les micro-lésions des muqueuses génitales ou anales provoquées lors du coït. Le virus peut se transmettre au cours de n'importe quel type de relation sexuelle homo ou hétéro-sexuelle (génitale, anogénitale ou bucco-génitale). Pour être contaminé par le VIH il n'est pas nécessaire d'y avoir été exposé à de multiples reprises, une seule fois suffit.

Toutefois, il existe certaines personnes qui ont eu des relations sexuelles répétées avec une personne infectée par le VIH et qui n'ont pas été infectées.

Comment se Protéger?

La seule façon de ne pas être infecté par le VIH est d'avoir des relations sexuelles protégées. Ceci signifie qu'il est essentiel, afin d'éviter tout risque de contamination de toujours utiliser le préservatif lors de pénétration sexuelle et ce peu importe qu'elle soit vaginale, anale ou buccale. Pour assurer une protection maximale, le préservatif doit être manipulé et installé avec soin. De plus, il existe sur le marché des préservatifs conçus pour le cunilingus. Ce sont des carrés de latex que l'on dépose sur le clitoris ou l'anus avant d'y pratiquer le sexe oral.

Transmission par le Sang, ses Dérivés et les Dons d'Organes

Le sang d'une personne atteinte par le VIH contient des lymphocytes CD4 infectés par le virus. Ils peuvent être transmis lorsque ce sang entre en contact direct avec le sang d'une autre personne. Jusqu'en novembre 1985, il était possible au Québec de contracter le VIH par transfusion sanguine, par les autres dérivés du sang ou lors d'implant d'organe. Actuellement, au Québec,

ce risque est devenu exceptionnel car le dépistage des anticorps du VIH se fait systématiquement sur tous les produits sanguins. Cette situation est sensiblement la même pour tous les pays occidentaux. Toutefois, le risque ne peut être réduit à zéro car il existe des personnes établies séronégatives (absence d'anticorps du VIH) lors d'un dépistage mais néanmoins infectées. Cette situation est attribuable au temps minimum requis pour que les anticorps du VIH se manifestent après l'infection par le virus. On estime actuellement que 95 % des personnes auront développé le seuil minimal d'anticorps détectable dans les trois mois qui suivent l'entrée du virus dans le système sanguin et on estime que 99% les auront développés après 6 mois. Ce laps de temps est appelé période éclipse. Durant cette phase, il est impossible de détecter les anticorps du VIH chez une personne infectée. Imaginons qu'une personne ait eu une relation à risque la veille de son don de sang. Si elle n'a pas développé les anticorps du VIH durant les 24 dernières heures, la Croix-Rouge ne pourra détecter la présence d'anticorps du VIH et n'exclura pas ce don de sang de leur banque. De ce fait, on estime que lorsqu'une personne reçoit une transfusion sanguine au Québec, il y a une malchance de 5,5 sur 1 000 000 de recevoir un produit sanguin contaminé. Il convient d'effectuer une transfusion sanguine que si elle est réellement nécessaire et de prévoir la possibilité de l'auto-transfusion lorsqu'une opération est prévisible. Il est primordial que tous les donneurs de sang soient sensibilisés à cette problématique afin qu'ils s'abstiennent de

donner du sang dans les 6 mois qui suivent une activité à risque. Cette mesure aura pour effet d'augmenter la probabilité de détecter les anticorps du VIH dans leur sang.

Transmission par les Aiguilles Contaminées

La transmission par les aiguilles et les seringues contaminées touche principalement les toxicomanes qui utilisent des drogues injectables et qui partagent leur seringue. Une seringue prêtée ou empruntée à une autre personne peut contenir une quantité de sang suffisante pour contaminer un individu. La probabilité d'être contaminé dans un tel type de comportement est très élevée car le sang contenu dans l'aiguille et la seringue passe directement dans le système sanguin du deuxième utilisateur. Par contre, ce ne sont pas uniquement les utilisateurs de drogue injectable qui peuvent s'infecter par une aiguille contaminée; les travailleurs de la santé et d'autres travailleurs (tatoueur, perceur d'oreilles, body piercing...) utilisant des aiguilles avec leurs clients ne sont pas à l'abri de se piquer accidentellement.

Comment se Protéger?

Premièrement, il ne faut jamais échanger de seringues mais utiliser chaque fois une seringue neuve et jetable. Cependant si la personne n'a d'autre choix que d'utiliser la seringue d'un autre alors elle devra, pour se protéger, rincer la seringue et l'aiguille quelques minutes avec de l'eau de Javel diluée. Les travailleurs qui se piqueraient de façon accidentelle avec une aiguille doivent tout de suite voir un médecin. Des études tentent de démontrer que si l'on peut administrer à ces personnes de l'AZT et du 3TC (médicament antiviral spécifique au sida) en combinaison, immédiatement après l'activité à risque (moins de une heure), il y a de bonnes chances de diminuer ou déliminer la réplication du virus. De plus, il est de la responsabilité individuelle de s'assurer des mesures de stérilisation des aiguilles lorsqu'un individu bénéficie de traitements avec des aiguilles ou instruments réutilisables (traitements dentaires, acupuncture, tatouage, body piercing, mésothérapie¹, etc.).

¹Procédé thérapeutique constituant en injections de doses minimales de médicaments faites au moyen d'aiguilles très fines le plus près possible du siège de la douleur ou de la maladie. (Larousse, 1996)

Transmission Périnatale

En 1997, l'infection à VIH chez les enfants est essentiellement la conséquence d'une transmission de la mère au fœtus ou au nouveau-né. La transmission périnatale touche surtout les pays du continent africain. L'O.M.S. estime qu'environ 1 million d'enfants infectés sont nés en Afrique depuis le début de l'épidémie et que ce nombre pourrait atteindre plus de 4 millions d'ici la fin de notre siècle. La mère peut transmettre le virus à son enfant de trois façons: premièrement, au fœtus in utero; deuxièmement, pendant le travail de l'accouchement par l'inoculation ou l'ingestion de sang ou d'autres liquides biologiques contaminés; troisièmement, il est possible de transmettre le VIH à l'enfant lors de l'allaitement avec le lait contaminé. Selon Delfraissy (1994), on estime qu'entre 15 et 25% des enfants nés de mères séropositives en Occident seront porteurs du virus en raison de la transmission périnatale du VIH. Par contre, en Afrique le risque de transmission se situe entre 20 et 40% (Delfraissy, 1994). Rouzioux (1994) explique ce risque de transmission comme provenant de la période intra-utérine dans 35% des cas et de la période périnatale dans 65% des cas. Bryson et al. (1996) dans une étude publiée dans le *Journal of Medicine* en 1994, affirment qu'une mère qui prend de l'AZT durant les mois de grossesse amène le risque de transmission du VIH chez l'enfant à 8%.

Le fait de se savoir séropositive n'éteint pas chez la femme le désir d'enfanter et parfois même le réveille et l'accentue. "Intimement déni et défi de la maladie interfèrent dans le désir et le vécu de la maternité et socialement celle-ci se heurte à des représentations dominantes hostiles" (Guérin, 1994; p.30). Il est évident que le choix d'avoir un enfant pour une femme séropositive n'est pas une décision facile. Souvent isolée socialement, monoparentale, sans emploi ni ressources financières, la femme séropositive se trouve devant un choix très difficile. Il n'est donc pas facile pour une femme séropositive de décider, étant donné sa condition de santé, de mettre au monde un enfant qui sera à plus ou moins long terme orphelin. Par contre, si elle décide d'enfanter personne ne peut s'y opposer, ce choix lui est propre et doit être respecté de tous.

Comment Diminuer le Risque de Transmission Périnatale?

Des recommandations et de l'information devraient être données aux femmes vivant avec le VIH afin qu'elles fassent leur choix de façon tout à fait éclairé. Il est très important de s'assurer que chaque femme connaît les risques de transmission du virus et les chances de ne pas contaminer son enfant. Toutefois la prise d'AZT durant la grossesse est fortement recommandée et des

mesures bien spéciales doivent être prises lors de l'accouchement afin de diminuer les risques de transmission (lavement continu du vagin, césarienne...).

Les Situations de Non Transmission du VIH

Le VIH est transmissible mais peu contagieux. Il a souvent été démontré que les contacts de la vie courante au sein de la famille, d'un emploi, des activités sociales, n'étaient aucunement considérés comme des facteurs de risque de transmission du VIH. Rien ne justifie donc que des personnes porteuses du virus soient exclues d'activités familiales, professionnelles ou sociales. Cependant, quelques règles d'hygiène doivent être respectées: les objets de toilettes pouvant conserver des traces de sang (rasoir, brosse à dents) doivent être réservés à un usage personnel. De plus, en cas de blessures, il est préférable de se mettre des gants et d'utiliser de l'eau de Javel diluée à 1/10, celle-ci est reconnue pour tuer le virus à l'extérieur du corps.

Il n'y a donc aucune raison de craindre les gestes de tendresse comme l'accolade, les baisers, les caresses; ni l'utilisation des accessoires de la vie courante comme la vaisselle, les toilettes, les douches, les téléphones publics, etc. Les piqûres d'insectes, la sueur, les larmes, la toux ou les crachats d'une

autre personne sont sans menace pour les personnes qui ne sont pas infectées par le VIH.

LE DEPISTAGE DU VIH

Comment Détecte-t-on le VIH?

Il existe au Québec quatre tests de dépistage des anticorps anti-VIH. Il y a un test de première épreuve (Élisa) et trois tests de confirmations (Western Blot, RIPA et IFA). En théorie, ces trois derniers tests sont exécutés à partir du moment où le résultat au test d'Élisa est positif. Un test positif signifie seulement que la personne a été exposée au VIH et qu'elle a développé des anticorps contre le virus du sida. Cela ne nous permet pas de dire quand la personne a été infectée, si elle aura le sida, ni qui l'a infecté et combien de temps elle restera en santé. Être séronégatif cela ne veut pas dire que la personne n'est pas infectée par le virus ou qu'elle est immunisée, car il existe des résultats dit faux négatifs. Un faux négatif est une personne qui a reçu un résultat négatif à son test mais qui est théoriquement infectée. Cette situation peut se produire chez les personnes qui ont eu un comportement à risque et qui se font dépister sans avoir attendu le six mois nécessaires à la formation des anticorps du VIH en quantités détectables.

Au Québec, si un résultat est positif au test Élixa, on le soumettra systématiquement au test de confirmation Western Blot et éventuellement au Ripa. Le Western Blot peut donner trois résultats: négatif, positif ou indéterminé. Dans les deux premiers cas la procédure est arrêtée et le résultat est transmis au client. Toutefois, si le résultat est indéterminé l'échantillon sanguin doit être soumis à l'autre test de confirmation, le Ripa. Ce test peut aussi donner les mêmes trois résultats que le Western Blot. Dans le cas où le résultat est négatif ou positif, la procédure est arrêtée et le résultat est transmis au client. Toutefois, dans le cas où la personne a un résultat indéterminé au Ripa, il faut alors faire un deuxième prélèvement de sang et recommencer la procédure. Un résultat indéterminé au Ripa peut signifier que la personne est en train de séroconvertir (infection récente) et la concentration d'anticorps peut être insuffisante à cette étape pour donner un résultat concluant au test sanguin. Le Ripa n'est pas fait de façon systématique pour détecter la présence d'anticorps du VIH dans le sang étant donné les coûts de ce test. Pour sa part, l'Élixa est un test rapide, peu coûteux et très sensible à plusieurs types d'anticorps, ce qui peut engendrer des résultats faussement positifs, d'où la nécessité de confirmer ce résultat par d'autres tests plus performants. L'Élixa est un test qui permet de dépister la présence des anticorps anti-VIH dans le sérum sanguin et un résultat négatif à ce test exclut une infection au VIH. Les anticorps sont des protéines qui sont produites par l'organisme pour combattre

un microbe. Chaque microbe ou virus a son anticorps spécifique. Dans le cas du sida, si l'on trouve dans le sérum de la personne les anticorps spécifiques au VIH, on dira alors que cette personne est séropositive. Théoriquement cela veut dire que la personne a été en contact avec le virus puisqu'elle a développé les anticorps mais cela ne nous dit pas si elle a le virus. Par contre, en pratique, nous pouvons affirmer que si la personne détient les anticorps du VIH c'est aussi parce qu'elle a le virus. Il existe un test (l'antigène p24) permettant de faire la recherche du virus dans le sang d'une personne. Ce test n'est pratiqué que dans des très spécifiques lorsque les résultats aux autres tests ne peuvent être interprétés.

À Qui s'Adresse le Test?

Le test s'adresse à toute personne désireuse de connaître son statut sérologique et qui croit avoir eu une activité à risque d'être infecté par le VIH. En plus du dépistage obligatoire lors de dons de sang, d'organes, de tissus, d'ovules et de sperme, il est important de conseiller aux personnes qui manifesteraient des symptômes spécifiques reliés au sida, ainsi qu'aux femmes enceintes, de passer un test de dépistage afin de prévenir certaines complications.

Les connaissances concernant les modes transmissions et de préventions face au VIH/sida permettent de mieux comprendre les aspects psychologiques en lien avec cette problématique. La section suivante traite des différents enjeux psychologiques pouvant surgir lors de l'annonce du diagnostic ou durant la maladie et suggère certaines attitudes favorisant le mieux être chez les personnes vivant avec le VIH/sida.

LES ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DU VIH/SIDA

Le VIH/sida, par sa définition de maladie mortelle, a un impact très intense sur le plan psychologique. La personne infectée par ce virus traverse de multiples émotions et dans la plupart des cas a besoin de l'aide d'un professionnel pour faire face à cette gamme de sensations. Le rôle de la psychologie et des psychologues est considérable, que ce soit en termes d'éducation, de prévention ou d'intervention auprès des gens touchés de près ou de loin par le VIH/sida.

Le psychologue clinicien doit accomplir deux mandats en relation avec la problématique du VIH/sida. Le premier est d'intervenir directement auprès des personnes touchées par le VIH/sida afin de leur permettre d'exprimer leur désarroi profond. En second lieu le psychologue clinicien doit agir à titre

d'éducateur, en communiquant l'information concernant la maladie, les moyens de protection et les réactions psychologiques susceptibles de survenir suite à un diagnostic ou lors de la maladie. Il est important qu'il sensibilise le plus possible les différents acteurs qui interviennent auprès des personnes touchées par le VIH/sida.

C'est dans une optique de prévention que le psychologue se doit d'intervenir. Toutefois, comme le mentionne Ionescu (1989), l'action préventive, qui passe par l'éducation en terme de santé, n'est pas suffisante pour entraîner des changements de comportement. Dans ce sens, il est important de songer à des interventions et des stratégies éducatives qui viseront à long terme le changement social des comportements à risque face au VIH/sida tout en augmentant l'estime de soi et la prise en charge individuelle et collective. Ceci aura comme effet de responsabiliser l'individu face à sa santé et lui permettre de s'apprécier et de s'estimer. Cela aura comme effet d'entraîner une diminution des possibilités de contracter ou de transmettre le virus.

Selon Junod (1993) plusieurs facteurs contribuent à placer les individus, entre autre les jeunes homosexuels, dans des situations à risque de contracter le virus. Il nous parle du manque d'estime de soi, du sentiment d'isolement social et affectif, des relations sexuelles sous l'influence d'alcool et/ou de

drogues, du manque de valorisation du condom auprès des pairs et du statut sérologique négatif ainsi que de l'importance de la pensée magique. Junod affirme aussi le fait que, plus l'individu est à l'aise face à son identité et son orientation sexuelle, plus il est apte à adopter une sexualité sans risque, à maintenir des comportements sécuritaires et à les faire adopter par son entourage.

Plusieurs auteurs (Rogers et Mewborn, 1976; Gariépy et Bertrand, 1989; Ionescu, 1989; Crawford et al., 1993) démontrent l'importance d'éviter des messages dans des campagnes de prévention qui induisent la peur car celle-ci provoque des réactions d'évitement défensives. En effet, la peur du sida peut amener des comportements d'isolement et renforcer la tendance à exclure les minorités. C'est dans ce contexte que plusieurs organismes communautaires et publics se sont mobilisés afin d'élargir les méthodes de prévention face à la transmission du VIH/sida, et ce, en organisant des événements spéciaux, rencontres, réunions, lieux de parole axés sur la sexualité et l'estime de soi en regard avec le VIH/sida (Doutrelepont, 1997). Par exemple, et pour ne citer que celui-ci, le gouvernement du Québec (janvier 1997) vient de mettre à la disposition des services d'éducation aux adultes un dossier d'information sur la problématique du VIH/sida. Ce dossier suggère, entre autres, aux éducateurs d'organiser des activités continues et ponctuelles axées sur l'information et les

renseignements au sujet du VIH/sida. Il suggère d'orienter les ateliers sur le développement d'habilités personnelles telles; la prise de décision éclairée, l'affirmation de soi, la résistance aux pressions et la communication entre partenaires. Ces ateliers ont pour but de permettre à l'individu de développer des capacités lui permettant d'identifier les situations à risques et de développer des attitudes lui permettant de les éviter.

Bien sûr il ne faut pas pour autant blâmer les campagnes de prévention axées sur le changement de comportement des groupes à risque qui visaient uniquement un changement d'attitude dans la vie des personnes principalement touchées au début de l'épidémie (homosexuels, toxicomanes, prostituées). A cette époque, on s'intéressait spécifiquement à modifier le comportement de ces personnes en diffusant des recommandations sous forme d'affiche, de brochures, de bandes vidéo, de conférences etc. On ne cherchait pas à comprendre les raisons intrinsèques qui justifiaient ces comportements à risque.

Avec l'arrivée de la notion de comportement à risque plutôt que de groupes à risque les programmes de prévention se sont élargies et ont permis de mieux répondre à l'ensemble de la population qui éprouvait des réactions de peur et de panique envers le VIH/sida.

En effet, malgré la grande diffusion d'information au sujet du VIH/sida au sein du public en général, certaines personnes, non à risque dans leurs comportements, éprouvent toujours des sentiments de peur face au sida. Cette peur peut chez certaines de ces personnes soit provenir d'une histoire psychiatrique (de nature obsessionnelle, compulsive, dépressive, schizophrénique, anxieuse ou phobique), soit d'une culpabilité excessive face à une conduite sexuelle marginale. Elle peut aussi provenir d'une orientation sexuelle difficilement acceptée, d'une infidélité ou d'un contact social avec une personne connue comme séropositive. Souvent ces personnes, même après un test de dépistage des anticorps du VIH, ne sont pas convaincues de leur séronégativité et il n'est pas rare qu'elle demandent à refaire le test de façon régulière et ce sans avoir eu un réel contact à risque.

L'exemple de Jean tiré de la pratique², illustre l'attitude des personnes séropositives après un test de dépistage, qui se sentent menacées par le VIH/sida.

Jean, 32 ans, marié depuis sept ans vit avec sa femme et ses deux enfants. Jean depuis plusieurs années se questionne sur son orientation

² Je travaille dans le Centre d'intervention sida du CLSC Métro depuis deux ans et grâce à cet emploi, j'ai été en relation avec environ 400 personnes infectées ou affectées par le VIH/sida soit lors d'entrevue de psychothérapie ou lors d'entrevue pour le dépistage des anticorps du VIH.

sexuelle. Il n'en parle à personne. Jean se sent à la fois attiré par les femmes et par les hommes. Un midi, pendant son heure de lunch, il décide d'aller dans un sauna (lieu privilégié pour avoir des rencontres sexuelles entre hommes de façon anonyme). Jean se fait aborder par un homme avec qui il a des rapports sexuels complètement sécuritaires et sans risque de contracter le VIH. Suite à cet événement Jean décide de venir se faire dépister pour les anticorps du VIH. Sans grande surprise son test est négatif. Toutefois lors de l'annonce de son résultat, Jean se met à pleurer à la fois de soulagement mais aussi de nervosité. Il n'est pas convaincu. Il veut qu'on refasse le test. On le rassure quand à la fidélité du test et la validité du résultat. Jean n'est toujours pas convaincu. Je révise ses comportements sexuels qu'il a eu avec cet homme et je lui signifie qu'ils sont sans danger de transmettre le VIH. Jean n'est toujours pas convaincu. Il transpire. Il a peur de contaminer sa femme et ses enfants. Il dit avoir honte de lui.

Depuis le jour du premier test Jean a refait six fois le test en un an et demi. Il n'a pas eu de nouveaux rapports sexuels avec d'autres hommes et il est hanté par le sida. Jean a été orienté en psychothérapie afin qu'il exprime ses craintes et angoisses et qu'il se déculpabilise de son geste et fasse le point sur sa sexualité.

Il est intéressant de voir que, malgré l'information donnée au sujet des modes de transmission et malgré de nombreux tests négatifs, le client reste effrayé et convaincu qu'il est atteint du sida. Pour lui, sa relation avec un autre homme devrait être punie et le prix à payer est la mort par le virus du sida.

Il n'est pas rare lors des appels téléphoniques d'information sur le VIH/sida que des clients soient en panique et pensent avoir été infectés par le VIH soit parce qu'ils ont embrassé quelqu'un, parce qu'ils ont bu dans le même verre qu'un séropositif, parce qu'ils ont été en contact avec un animal d'un séropositif, parce qu'ils ont été piqués par un moustique ou tout simplement parce qu'ils ont actionné la chasse d'eau des toilettes publiques. Dès qu'on donne l'information adéquate concernant les modes de transmission (après avoir permis à la personne d'exprimer ses craintes), généralement la panique disparaît. Toutefois, une partie de ces individus restent convaincus de la possibilité d'être contaminés et, ce, même s'ils font un test de dépistage qui s'avère négatif.

Des conséquences dramatiques s'abattent sur ces personnes car même avec un résultat négatif, elles ne sont pas rassurées. Ces individus se croient infectées par le VIH et souvent s'isolent, de peur de contaminer une autre

personne. Ces perceptions ont des répercussions importantes sur leur entourage, famille, conjoint(e) et souvent leur vie sociale devient très restreinte.

Peu de recherches se sont penchées sur les réactions phobiques des personnes séronégatives suite à un test de dépistage pour les anticorps du VIH. Toutefois Jager, (1988) fait une distinction entre les manifestations phobiques présentées par les femmes et celles rencontrées chez les hommes. Selon ses observations, les femmes qui développent une "phobie du sida" ont une histoire psychiatrique soit de nature dépressive, compulsive ou hypochondriaque, tandis que pour les hommes c'est souvent une grande culpabilité en regard d'un contact sexuel défendu qui amène la recrudescence d'idées obsessionnelles face à la contagion.

Cependant certains auteurs (Jourdan-Ionescu et de la Robertie, 1989 ; de Montigny, 1995, Doutrelepon, 1997) se sont penchés sur les réactions psychologiques suite à un diagnostic de séropositivité. Tout d'abord le fait de décider de passer un test pour les anticorps du VIH réactive généralement les angoisses de mort et la période d'attente des résultats de tests est souvent marquée par la peur, l'anxiété et l'angoisse. Lors de l'annonce d'un résultat positif plusieurs sentiments sont entremêlés; colère, révolte, honte, angoisse, anxiété, culpabilité, peur de l'inconnu et même du soulagement pour certaines

personnes qui enfin mettent un diagnostic sur des infections et maladies qui n'avaient pas de sens auparavant. Dans la pratique, on constate que les personnes présentant des symptômes physiques possiblement liés au VIH lors d'un test de dépistage reçoivent beaucoup plus sereinement leur résultat positif. Toutefois, cela reste évidemment un choc même pour ces personnes.

Les résultats à un diagnostic sont en lien avec la personnalité préexistante du client. Il est important pour le professionnel qui annonce un tel diagnostic d'être à l'écoute de la souffrance du client, de l'accueillir respectueusement, de lui donner de l'information claire et directe sur ce que le résultat signifie, de lui assurer la possibilité d'un suivi régulier et enfin de lui donner le nom de ressources et d'intervenants spécialisés dans la problématique du VIH/sida. Il faut laisser le temps à la personne d'appivoiser son diagnostic et ne pas espérer en tant qu'intervenant qu'elle fera appel aux services d'un professionnel très rapidement. Souvent, les personnes nouvellement diagnostiquées ont besoin d'un temps de réflexion avec elles-mêmes avant de partager avec qui que ce soit leur séropositivité. Le soutien psychologique est demandé à un professionnel en général 5 à 7 mois après la communication du résultat.

Johanne de Montigny (1995) a décrit les difficultés psychologiques qu'une personne séropositive pouvait rencontrer et les attitudes que les intervenants devaient adopter (voir tableau 4)

TABLEAU 4

Difficultés Psychologiques et Attitudes à Adopter

Difficulté psychologique causée par le VIH	Attitudes à adopter
Peur d'être jugé et rejeté	Accueil respectueux, écoute attentive
Honte d'apporter un virus stigmatisant et culpabilisant de l'avoir peut être transmis	Attitude de non jugement face au passé associé à la possibilité de modifier ses comportements dans le futur
Réactions d'isolement	Expliquer l'existence de groupe de parole
Difficulté de communiquer son état à l'entourage	Identifier les personnes-clés et suggérer une visite médicale en compagnie d'un être cher
Rejet de sa sexualité	Explorer et relever la valeur des relations affectives confondues avec la sexualité
	Rappeler que la situation est temporaire et vouée à des changements
	Réviser les activités sexuelles à faibles risques
Surinvestissement des activités sexuelles	Rappeler les conséquences des comportements à risques
	Insister sur la responsabilité de chaque individu
Anxiété	Favoriser l'expression des émotions
	Analyser l'anxiété sous l'angle de l'urgence de vivre, c'est-à-dire le sentiment d'urgence face à une mort imminente
	Encourager de nouveaux choix de vie

Malgré le déploiement des recherches dans ce domaine, beaucoup de connaissances restent à acquérir et le diagnostic fatal qu'entraîne cette maladie suscite des réactions où la peur a un rôle considérable. Il faut souligner que le public est concerné par la problématique du sida et que malheureusement les réactions souvent observées sont négatives. L'historique des attitudes face aux maladies contagieuses au travers des siècles peut permettre de souligner des phénomènes de masse et ainsi mieux cerner les attitudes que le sida provoque aujourd'hui.

HISTORIQUE DES ATTITUDES FACE AUX MALADIES AU TRAVERS DES SIECLES

Au cours des siècles, l'homme a connu différentes épidémies et maladies infectieuses qui ont parfois dévasté des villes entières (Delumeau et Lequin, 1987). Celles qui ont le plus marqué les populations du monde entier ont été: les épidémies de peste et de choléra, les ravages de la tuberculose et de la syphilis, la lèpre, et maintenant, l'épidémie par l'infection au VIH. Le monde moderne, dans lequel nous vivons, se trouve brutalement désarmé face à une maladie mortelle qui touche la planète entière. Le traumatisme que suscite l'épidémie du sida et l'énigme que le virus pose à la science et à la médecine

réveille toutes sortes de réflexes irrationnels qui répètent l'histoire des grandes pandémies.

Considérées au Moyen âge et jusqu'à la Renaissance comme la marque du démon ou de la colère de Dieu, les épidémies ont d'abord déclenché de violentes mesures d'accusation, des condamnations, des stigmatisations et de l'exclusion. Les attitudes le plus souvent rencontrées face à des fléaux qui incarnent la mort sont : "la peur, le repli sur soi, la fuite, le rejet de l'autre et, bien souvent, la désignation de groupe de bouc émissaire" (Bourdelaïs, 1989). Dans le cas de la peste, les gens percevaient en elle un châtement envoyé par le Tout-Puissant et ils imploraient le pardon de Dieu. Face à l'impuissance médicale, ce mal mystérieux était directement relié à la colère de Dieu. Les gens fuyaient et cherchaient à s'isoler, allant même jusqu'à refuser l'aide à un proche de peur d'être contaminés. Pendant de longues années, on crut l'endémie originaire d'exhalaisons malignes ou d'eau empoisonnée. On accusait le malade de chercher à infecter volontairement les personnes saines et particulièrement les juifs de chercher à détruire la chrétienté. Ce n'est que cinq siècles plus tard que les modes de contagion de la peste furent découverts. Les lépreux ont aussi été soupçonnés de contaminer les puits d'eau potable et subirent les mêmes accusations (Ruffié et Sournia, 1984). Ils étaient conduits dans des léproseries, lieux où on leur remettait des vêtements

distinctifs et des crécelles afin qu'ils soient identifiés dès leur approche. Dans certains diocèses, cette cérémonie prenait l'allure d'un véritable rite funéraire où le malade, bani de son milieu, se retrouvait en situation de mort civile.

L'interprétation religieuse des épidémies a pris fin avec le siècle des lumières. Le courant hygiéniste naît et prône l'assainissement, la purification, l'élargissement des rues et le contrôle de l'eau. Toutefois, l'hécatombe provoquée par le choléra en 1830 marque l'insuffisance de ces mesures. Tout bascule dans la seconde moitié du XIXe siècle, lorsque le courant contagionniste devient majoritaire, par la découverte de la transmissibilité de la tuberculose par Villemin et l'isolement du germe par Koch. Toutefois, ces découvertes scientifiques n'ont pas empêché certains groupes sociaux d'être ciblés comme les vecteurs ou les principaux responsables de certaines maladies. Ces cibles permirent à la population de se soulager du poids de la panique collective et de se sentir à l'abri de certaines épidémies. Par exemple, dans le cas de la tuberculose, la prédisposition génétique des familles a longtemps servi de bouclier. En ce qui a trait à la syphilis, cette maladie, dite honteuse, était "principalement réservée" aux prostituées. Il est donc recommandé d'éviter ce groupe. Il n'était pas rare à cette époque, pour sauvegarder la réputation de certaines familles, que le diagnostic de syphilis soit dissimulé sous le cachet d'une autre maladie (Ruffié et Sournia, 1984).

Le sida n'est pas épargné par les réactions sociologiques naturelles. Avant de connaître l'origine virale du sida, on a parlé de groupes à risques; le style de vie de certaines personnes semblait favoriser la maladie. Les homosexuels, les prostituées et les toxicomanes constituaient des groupes très exposés. Des malades ont été isolés. Des attitudes de peur et de rejet face au sida, de la part du public en général, ont été remarquées (Ionescu et Jourdan-Ionescu, 1989). Les autorités gouvernementales américaines furent accusées d'avoir produit un nouveau virus biologique en vue de s'en servir pour une éventuelle guerre (Gremk, 1989).

Pour la santé publique, le sida est considéré comme une maladie très importante qui demande à être surveillée constamment. Dans ce sens, certains pays ont des lois qui interdisent l'entrée à l'intérieur de leur territoire des personnes vivant avec le VIH. Les États-Unis, par exemple interdisent actuellement le droit aux personnes vivant avec le VIH de traverser leurs frontières. Partout des milliers de malades se voient refuser l'accès aux soins, à l'éducation et/ou au marché du travail, sous prétexte qu'ils constituent une menace pour les autres. Il apparaît clairement qu'une maladie causant la mort à une aussi grande échelle éveille des réactions irrationnelles et, ce, même dans une ère où les modes de transmission du VIH sont clairement identifiés. La peur de la mort et la peur d'être identifié à des groupes marginaux

(homosexuel, toxicomane, prostitué) génère des angoisses inconscientes qui motivent des attitudes de rejet et d'exclusion envers les personnes vivant avec le VIH.

Heureusement, des attitudes de compassion envers les personnes vivant avec le VIH sont aussi observées. Plusieurs groupes d'entraide pour les personnes infectées ou affectées par le VIH/sida existent au Québec. Toutefois, le travail d'information, d'éducation et de prévention auprès de la population doit continuer à se faire avec beaucoup de rigueur car plusieurs personnes manquent de connaissances et ont des attitudes négatives envers le VIH/sida.

CONCEPT D'ATTITUDE ET SIDA

En psychologie et surtout en psychologie sociale, les recherches concernant les attitudes, leur nature, leur structure, leur formation et leur fonction abondent dès le début de cette discipline (Penrod, 1986). Le concept d'attitude a acquis, au fil des ans, une importance telle qu'Allport (1967, p.3) le situe ainsi par rapport à la psychologie sociale: "Le concept des attitudes dans la psychologie sociale américaine est probablement le concept plus important et le plus indispensable" (traduction libre).

Ce concept ancien, qui prend racine à la Renaissance où il faisait alors référence à une posture corporelle était avant tout physiologique (Paillard, 1961). Ce concept couvre de nos jours un domaine très compartimenté. L'examen de l'ensemble des recherches met en évidence des variantes de définition conceptuelle. On y retrouve des recherches descriptives (enquêtes), méthodologiques (échelles de mesure) et expérimentales (sur le changement d'attitudes). Plusieurs auteurs, au cours du XXIème siècle, ont élaboré leur propre définition du concept d'attitude, ce qui a contribué à mettre en évidence des nuances dans la façon d'expliquer ce qu'est une attitude (Greenwald, 1968).

Selon le grand dictionnaire de la psychologie (Larousse 1991, p. 78) une attitude, au sens général, est "un état de préparation dans lequel se trouve un individu qui va recevoir un stimulus ou donner une réponse qui oriente, de façon momentanée ou durable, certaines réponses motrices ou perceptives, certaines activités intellectuelles."

Toujours selon le Larousse (1991, p. 79), au sens plus social du terme, une attitude se définit comme "une disposition interne durable qui sous-tend les réponses favorables ou défavorables de l'individu à un objet ou à une classe d'objets du monde social."

Très tôt dans l'histoire de la psychologie sociale, les chercheurs ont tenté d'identifier les origines des attitudes et ont tenté de décrire leurs fonctions. Il est mis en évidence que les attitudes ont une fonction instrumentale (pour aider les gens à atteindre la récompense et à fuir la punition); de connaissance (pour organiser et simplifier l'expérience des individus); d'expression (pour permettre l'expérience d'une émotion) et enfin une fonction défensive du Moi (pour protéger et rehausser le soi). La majorité des chercheurs s'entendent pour dire que la formation des attitudes prend ses racines dans la théorie de l'apprentissage beaucoup plus que dans celle de la génétique ou de la biologie. L'attitude, selon ce constat, prend naissance et se forme au travers des interactions avec l'environnement où l'individu évolue.

Les attitudes ont différentes fonctions. Dans cette perspective, on définit l'attitude comme une organisation cognitive dotée d'une étiquette défavorable ou favorable et elle prédispose à l'action tout en répondant à des besoins motivants (Smith, Bruner et White, 1956; Katz, 1960). Pour Smith et al. (1956) l'attitude a trois fonctions: l'adaptation sociale, l'extériorisation et l'évaluation de l'objet d'attitude. Selon Katz (1960), quatre fonctions sont attribuables à l'attitude: connaissance, adaptation, défense du moi, expression et valeurs. Les attitudes permettent aux personnes de mieux connaître et de comprendre leur environnement. Elles sont aussi révélatrices des valeurs que l'individu

entretient face à ce qui l'entoure. Elles permettent aussi aux individus de se protéger, puisqu'ils sont disposés face à l'objet avant d'y être confronté.

Quelques auteurs (Katz et Scotland, 1959; Rosenberg et Hovland, 1960, et McGuire, 1972) reprendront cette approche en considérant que l'attitude est liée au comportement et au rôle social. Cette approche implique trois composantes essentielles de l'attitude. La composante cognitive concerne les opinions et croyances d'un individu face à un aspect de la réalité. La composante affective démontre que l'individu n'est pas neutre face à un objet. Il a des émotions positives ou négatives qui font varier son désir envers l'objet externe. La composante conative, enfin, porte sur les intentions relatives à une action. Pour ces auteurs, l'attitude est une disposition orientée vers l'action.

Allport (1935) décrit l'attitude comme étant une disposition mentale et nerveuse organisée par l'expérience et qui exerce une influence directrice ou dynamique sur les réactions de l'individu envers les objets et toutes les situations qui s'y rapportent. Selon lui l'attitude en psychologie sociale est centrée sur l'individu pour montrer comment une organisation "mentale ou nerveuse" peut déterminer la manière dont l'individu réagit par rapport au milieu physique et social.

Murphy, Murphy et Newcomb. (1937) abondent dans ce sens et conçoivent l'attitude comme une prédisposition envers ou contre certaines choses. Ces auteurs voient l'attitude comme une prise de position qui prépare l'action face à l'objet auquel l'individu est confronté.

Les chercheurs dans le domaine des attitudes affirment que les attitudes sont acquises aux travers des expériences que font les individus face à un objet. Les théories concernant les attitudes démontrent que celles-ci exercent une influence directe sur la façon dont l'individu va agir face à un objet. De plus, l'attitude exprimée n'est pas nécessairement conforme aux croyances de l'individu lors de la confrontation à l'objet puisque plusieurs autres facteurs seront pris en considération, entre autres, l'apport circonstanciel (Fishbein, 1963), la distance (Hovland et Pritzker, 1957) et le jugement - implication sociale (Sherif et Sherif, 1967 ; Petty et Cacioppo, 1983).

Cependant, les définitions tendent encore à définir les attitudes comme une condition qui influence le comportement face à l'objet (Allport, 1968 ; Oskamp, 1977). En plus, les chercheurs actuels s'efforcent de mesurer les attitudes et définissent ces dernières comme une tendance psychologique à évaluer une entité particulière en fonction d'un degré d'accord ou de désaccord (Zanna et Rempel, 1988; Eagly et Chaiken, 1993).

Afin de bien déterminer la nature de l'attitude de ce qui détermine l'action face à l'objet, le concept retenu se définit comme suit: la caractéristique la plus prééminente d'une attitude est son caractère évaluatif (la disposition à répondre face à un objet de manière positive ou négative). Dans ce sens, l'attitude peut se classer dans une très grande faveur ou défaveur face à un objet (Ostrom, 1996).

Le modèle d'attitude de Fishbein (1963) qui propose que les croyances et les intentions de comportements agissent comme facteurs indépendants de l'attitude et facilitent la compréhension de certains comportements contradictoires de certains individus face au sida. Il n'est pas rare de rencontrer des personnes qui disent avoir très peur du sida et pourtant se sentent à l'abri de le contracter. D'autres personnes se sentent complètement à l'abri du sida et n'ont pas du tout peur d'être contaminées, elles sont informées des modes de transmission mais ont des comportements à risques fréquents et répétitifs.

Par exemple, un homme venant d'apprendre sa séropositivité continuait d'avoir des relations sexuelles non protégées avec sa partenaire. Cet homme savait qu'il l'exposait à un danger d'infection mais ne modifiait pas son comportement. Fishbein (1963) explique cette dissociation entre l'attitude et le comportement par le fait qu'un individu peut présenter une attitude envers un

objet social et adopter envers ce même objet, des comportements différents de son attitude et de ses croyances.

De tous les modèles concernant les attitudes, celui de Penner (1986) semble être le plus adéquat pour comprendre les attitudes des individus face au sida. Le modèle de Penner interrelie trois composantes dans le concept d'attitude: cognitif, affectif et comportemental. L'aspect cognitif illustre la relation de l'individu face à l'objet; ses connaissances et croyances par rapport à la nature de l'objet. L'aspect affectif met en relief les sensations tant physiologiques que psychologiques que l'individu peut ressentir face à l'objet. Ses sentiments peuvent être positifs ou négatifs en regard de l'objet. Finalement, l'aspect comportemental permet de décrire les réactions de l'individu face à l'objet.

Toujours selon Penner (1986) différents phénomènes propres au contexte social influencent la formation des attitudes, entre autre, le processus de socialisation et les expériences directes en lien avec les objets de son environnement.

Dans le contexte de cette recherche l'objet, est le VIH/sida et l'individu a des réactions face à lui qui sont à la fois cognitives, affectives et

comportementales. Pour illustrer ce modèle prenons un exemple de la pratique. Lors d'entrevues pour le dépistage des anticorps du VIH, il n'est pas rare de rencontrer des infirmières ou médecins qui ont un niveau de connaissances élevé face au VIH/sida, qui ressentent des sensations de "dégoût" face à une personne vivant avec le sida, qui se sentent à l'abri de contracter le virus et ont des activités à risques. Il est difficile de comprendre ce qui peut motiver un individu à avoir des comportements à risques et des attitudes négatives face au sida quand son niveau de connaissances concernant les risques de transmission du VIH est élevé.

Les attitudes face au VIH/sida sont très variées et influencées par différentes façons d'évaluer la maladie, les comportements à risques, le risque d'infection et le danger d'être en contact avec une personne vivant avec le VIH/sida. En général, les populations identifiés dans le passé comme les principaux vecteurs de l'infection au VIH, entretiennent aujourd'hui moins d'attitudes négatives face aux VIH/sida et sont plus sensibles à l'importance d'effectuer des changements dans leurs activités à risque (homosexuels, toxicomanes, prostituées). De plus, les proches (conjoint, parents, amis) d'une personne vivant avec le VIH/sida ont à long terme des attitudes moins négatives face au VIH/sida et semblent moins rejetants face aux personnes vivant avec le VIH/sida.

Le processus de socialisation de l'individu est directement relié aux interactions que l'individu entretient avec son milieu. Il est par le fait même influencé systématiquement par les attitudes véhiculées dans son milieu. Par exemple, dès son jeune âge, l'enfant est imprégné par les attitudes parentales et par les personnes significatives à ses yeux dans son réseau social.

Afin d'illustrer ce fait, prenons l'exemple d'un adolescent séronégatif qui vit avec son père qui est homosexuel et séropositif. Ce garçon est tout à fait à l'aise avec l'orientation sexuelle de son père et il ne la met pas en lien avec sa séropositivité. L'adolescent en question se sent tout à fait à l'aise de discuter de sexualité, de la mort et de la séropositivité avec son père, sa mère, les amis proches de son père et avec un de ses meilleurs amis uniquement. Cet adolescent a des attitudes positives face à la maladie, l'homosexualité et n'a aucune crainte d'être en contact avec une personne vivant avec le VIH/sida. Il accepte les amants de son père et est lui-même en relation avec une fille de son âge. Toutefois, cet adolescent sait qu'il ne peut pas parler aussi ouvertement avec ses pairs. Il n'a pas dévoilé le statut sérologique de son père à sa petite amie car il dit qu'il a peur qu'elle ait des craintes d'être en contact avec son père et que sa famille lui interdise d'être en relation avec lui. Il est très au fait des attitudes de la société en général face au sida versus les attitudes des proches d'une personne vivant avec le VIH/sida. Il est conscient qu'il court le risque

d'être rejeté de la part de ses pairs s'il dévoile la séropositivité de son père en plus de son homosexualité. Cet adolescent a la chance d'avoir un milieu familial très ouvert qui lui permet de discuter et d'échanger sur le VIH/sida. Cette ouverture d'esprit de la part de ses proches lui permet de briser un certain isolement et d'établir des liens significatifs avec le monde extérieur. Cet exemple est exceptionnel car bien souvent les familles et les enfants vivent dans l'isolement face au secret qu'infligent les attitudes négatives de la population en général face à cette terrible maladie. De peur d'être rejeté ou abandonné par ses amis proches, la plupart des personnes affectées ou infectées par le VIH/sida préfèrent le silence.

Dans ce sens, les expériences directes avec l'objet entraînent la formation d'attitudes positives ou négatives durables. L'acquisition d'informations par rapport à l'objet, ou l'exposition à cet objet peut influencer la perception de l'individu face à l'objet et par le fait même modifier une attitude. Toutefois, il semble que les attitudes ont tendance à être acquises au cours de l'enfance. De ce fait, les médias et la télévision ont une grande influence sur les attitudes d'un jeune public (Penner, 1986). Afin de permettre aux jeunes enfants d'avoir des attitudes positives face aux personnes vivant avec le VIH/sida, il est bon de parler des maladies et du sida dans les émissions de télévision pour enfants afin de démystifier cette maladie.

La psychologie sociale, en plus de s'intéresser aux fonctions, au concept, à la définition, la formation et à la structure des attitudes, s'est aussi penchée sur le changement des attitudes. Les approches cognitivistes avec leurs théories de la consistance cognitive et l'approche behavioriste avec les théories de l'apprentissage du message, ont tenté d'expliquer les changements d'attitudes.

Les behavioristes sont d'avis que ce sont les événements survenant dans l'environnement qui influencent les attitudes des populations. Le changement d'attitude résulterait du changement des croyances à la suite de l'exposition à des messages. Selon Insko (1967), il y a changement d'attitude et persistance de la persuasion à d'autres influences si les renforcements consécutifs aux changements sont supérieurs aux renforcements associés à la position attitudinale qui précède le changement. L'exemple le plus souvent cité pour illustrer ceci est le processus de persuasion dans la communication verbale, où les caractéristiques du stimulus (le communicateur, le message, le canal, l'auditoire et l'environnement de la communication) peuvent avoir des effets positifs ou négatifs en ce qui à trait aux changements d'attitudes chez l'auditoire.

L'approche cognitive tend à démontrer que ce sont les processus mentaux qui gèrent le maintien ou le changement d'attitude. Les théories sur la consistance cognitive (Heider, 1958; Rosenberg, 1960; McGuire, 1985), entre autres, la dissonance cognitive (Festinger, 1957), postulent que, chez tout individu, la consistance est descriptive de l'organisation des éléments cognitifs entre eux (soient les attitudes, croyances, comportements...) et que toute rupture d'équilibre suscitera une action en vue de réduire l'inconsistance entre les éléments. Selon eux, le besoin de cohérence cognitive (Gergen et Gergen, 1981) détermine la prégnance ou la modification des attitudes.

Le changement d'attitude est très difficile à cerner. Bien des psychologues du domaine social tentent d'expliquer ce phénomène. Les deux approches décrites auparavant émettent plusieurs hypothèses mais ne semblent pas expliquer avec précision les changements d'attitudes. Plusieurs facteurs compliquent la compréhension de ce phénomène. Les différences individuelles, culturelles et situationnelles très complexes et souvent inter-reliées font du changement d'attitudes un concept difficile à étudier. Étant donné que le vécu propre à chaque individu colore les attitudes individuelles, il en résulte une grande complexité de compréhension dans la façon dont les individus modifient ou figent leurs attitudes. Donc, même si l'individu est influencé par l'environnement et ses propres cognitions, émotions et

comportements, il demeure très difficile de déterminer avec exactitude le processus de changement (Gergen et Gergen, 1981).

Toutefois, dans la pratique, il semble que les attitudes de la population envers le VIH/sida ne se modifient guère. Lors des entrevues pour le dépistage des anticorps du VIH il n'est pas rare d'entendre des gens dire qu'il ne sont pas à risque parce qu'ils ne sont ni homosexuel, ni toxicomane, ni prostitué, ou encore parce qu'ils n'ont jamais eu de partenaires de race noire et affirment avoir toujours eu des relations avec des gens qu'ils connaissaient. Toutefois les gens qui ont été en contact (famille, conjoint, amis) avec une personne vivant avec le VIH/sida semblent avoir des activités plus sécuritaires et des attitudes envers les personnes vivant avec le VIH/sida moins rejetantes. Evidemment ces constats ne sont qu'hypothétiques et cette recherche permettra de vérifier quelques-unes de ces hypothèses.

MESURE DES ATTITUDES FACE AU SIDA

La plupart des recherches qui ont mesuré les attitudes face au sida se sont servies de questionnaires comportant différentes échelles et items. Les échelles d'attitudes face au sida sont très nombreuses et aucun questionnaire concernant les attitudes face au sida n'est utilisé de façon universelle comme

instrument de mesure. Les différents questionnaires sont pour la plupart l'oeuvre des chercheurs qui désirent étudier le phénomène d'attitudes face au sida. Toutefois ces échelles ont rarement été soumises à des évaluations psychométriques testant la validité et la fidélité de l'instrument de mesure. La plupart des échelles face au sida sont de type Likert. Les questions évaluent généralement la peur du sida, les préjugés envers certains groupes, les comportements sexuels et les attitudes de rejet envers les personnes vivant avec le VIH.

Plus spécifiquement, le Aids Attitude Scale (AAS) développé par Froman, Owen et Further (1992) et validé en 1995, est une échelle d'attitudes face au sida qui comporte 21 items. Les scores à chacun des items varient sur une échelle Likert de 1 à 6. Un score élevé à cette échelle signifie une attitude négative envers le sida et un manque d'empathie envers les personnes infectées par le VIH. Le coefficient alpha de cette échelle varie entre .85 et .90. Cette échelle sert surtout d'outil de mesure dans le domaine médical et plus particulièrement auprès des infirmières.

L'échelle d'attitudes face au sida développé par Ionescu et Jourdan-Ionescu (1987) comporte 19 énoncés (Voir appendice C). Elle est à la base de notre cueillette de données. Cette échelle a fait l'objet de plusieurs publications

(Ionescu et Jourdan-Ionescu, 1989; Albert, 1990; Ionescu, Jourdan-Ionescu, Mesmain, Pageau, 1993 et Paquet, 1993). Les répondants doivent répondre sur une échelle Likert de 1 à 7 à des énoncés tel que: "Le sida est la peste de notre siècle", "Le danger du sida a changé mon comportement sexuel". Un haut score à l'échelle d'attitudes face au sida témoigne d'une grande peur et d'un fort rejet des personnes atteintes. La fidélité "split half" (Guttman) est de .62.

Comme dit précédemment les autres questionnaires construits et utilisés pour les recherches concernant les attitudes face au sida n'ont pas fait l'objet d'analyses psychométriques. De plus, il n'est pas rare de constater que des études ont compilé des données de type qualitatif en ce qui concerne les attitudes face au sida. Certaines recherches (Reader, Custer, Tyahla et Skowronek, 1993; Massari, Retel, Szecsenyi et Zvalleron, 1996) utilisent des questions ouvertes pour évaluer les attitudes face au sida. C'est lors d'entrevues en face-à-face que des questions comme: "Êtes vous anxieux que votre conjoint contracte le VIH?" ou "Comment évaluez-vous votre risque d'être infecté par le VIH?", sont demandées aux participants. Une grille de correction est construite par les auteurs afin d'interpréter le niveau d'attitude face au sida.

La majorité des recherches dans le domaine des attitudes face au sida s'intéresse à des populations d'étudiants et de personnel du domaine médical, d'adolescents et d'homosexuels. Ces personnes sont le plus souvent recrutées dans leur milieu de travail, à l'école ou dans des organismes spécifiques liés à un groupe (Centre gays et lesbiennes, Association étudiante pour les gays et lesbiennes, Ordre des Infirmières, etc.). Le plus souvent les échantillons de recherche ne dépassent pas 500 personnes.

Des lacunes importantes concernant les échelles d'attitudes face au sida sont à retenir. Il n'existe aucun outil universel fiable pouvant mesurer les attitudes face au sida et la majorité des instruments de mesure sont en anglais et adaptés à des échantillons de la population bien précis. De plus, peu de recherches se sont intéressées aux attitudes de la population en général face au sida.

Afin de mieux comprendre les attitudes, les connaissances et l'homophobie en lien avec la problématique du VIH/sida, il est important de faire un bref rappel de points saillants du cours de l'épidémie du sida.

Synthèse des Points Saillants de l'épidémie du Sida

Comme dit précédemment dans le contexte théorique, l'épidémie du sida depuis son annonce officielle en 1982 a fait de nombreuses victimes tant sur le plan physique que psychologique. Des milliers de personnes sont mortes de cette terrible maladie et des millions de personnes sont atteintes du virus responsable du sida; le VIH. Le nombre de personnes affectées par cette maladie est inestimable et dépasse de loin le nombre des personnes vivant avec le VIH/sida.

C'est en 1975, aux États-Unis, que les premières traces du virus ont été identifiées chez des hommes homosexuels. Jusqu'au début des années 1980, les cas de sida étaient considérés par le corps médical comme un cancer spécifique lié à la population homosexuelle. Cette perception de la maladie a créé la notion de groupe à risque. Pendant une longue période de temps les homosexuels ont été perçus par la population en général comme les principaux vecteurs de cette pandémie. Par la suite, le sida a touché d'autres groupes (hémophile, héroïnomane, haïtien) de la population occidentale. Ce nouveau tournant de la maladie a obligé le corps médical d'émettre l'hypothèse que le sida n'est pas seulement une maladie transmissible sexuellement. Les chercheurs ont alors pris en considération la transmission par voie sanguine.

De ce fait la notion des 4H (homosexuel, hémophile, héroïnomane, haïtien) s'est renforcée et ces groupes à risque ont été durement ciblés par la population en général. Des attitudes négatives envers ces populations ont été constatées. Des attitudes de rejet envers les groupes à risque étaient très présentes. Le fait que le sida entraîne la mort et qu'il soit transmissible sexuellement a fait renaître des vieux préjugés face à la sexualité. La peur d'être en contact avec une personne vivant avec le VIH/sida était très forte à cette époque. Il n'était pas rare d'entendre dire que les personnes atteintes du sida méritaient leur sort. Le Tout-Puissant punissait ces populations déviantes et marginales. Les médias, pendant un bon nombre d'années, ont entretenu ces mythes et renforcé les préjugés.

L'avancement médical dans ce domaine a permis d'isoler, en 1983, l'agent responsable du sida et a permis de mieux connaître les modes de transmissions du VIH. Face à cette nouvelle situation on aurait pu croire que la population en général se serait sentie plus concernée par le sida. Toutefois cela ne semblait pas être le cas. La notion des 4H était bien ancrée dans l'inconscient des gens. Grâce aux groupes à risque, les populations hétérosexuelles ont eu l'opportunité de se sentir longtemps à l'abri du VIH/sida. N'ayant aucune "conduite marginale", la personne hétérosexuelle se sentait bien loin du sida. Pendant ce temps les groupes à risque, et surtout les

homosexuels, se sont mobilisés pour se sortir de ce marasme et sensibiliser leur propre communauté au danger du sida. Des campagnes de sensibilisation/prévention ont pris naissance chez les homosexuels. Ces campagnes visaient la modification des habitudes sexuelles dans le but de prévenir une éventuelle contamination par le VIH. Actuellement il est possible de croire que la mobilisation des homosexuels face à l'épidémie du sida dans les années 1980 a porté fruit, car les statistiques démontrent une diminution significative des cas de sida et d'infection au VIH chez les hommes ayant des relations avec d'autres hommes depuis 1979.

Par contre la population hétérosexuelle ayant longtemps été considérée à l'abri de contracter le VIH, se trouve aujourd'hui dans une autre position. On note une augmentation significative des cas de sida chez les femmes et jeunes adultes hétérosexuels. Cette situation n'est pas négligeable et demande une attention toute particulière. Ce n'est que depuis peu que les médias abordent le risque de contamination au sein des populations hétérosexuelles. Plus précisément c'est avec l'annonce de cas publics de VIH/sida comme Rock Hudson, Freddy Mercury, Magic Johnson, etc. à la fin des années 1980 et au début des années 1990, que la population en général a commencé à se sentir concernée par le sida. En parallèle des campagnes gouvernementales de sensibilisation/prévention auprès des jeunes et des professeurs/éducateurs ont

pris naissance dans les années 1990. Ces campagnes visaient la réduction des méfaits en matière de VIH/sida et s'adressaient plus spécifiquement à des populations hétérosexuelles. Le courant actuel mise sur une meilleure estime de soi, des attitudes plus positives envers la sexualité, une meilleure gestion des condoms et la démystification des groupes à risque. Cette tendance dans les campagnes de sensibilisation/prévention en matière de VIH/sida vise à réduire les activités à risque et les attitudes négatives envers certains groupes (homosexuel, toxicomane, prostitué, etc.).

Recherches Mesurant les Attitudes Face au Sida

Les recherches mesurant les attitudes face au sida sont très nombreuses. Plus de 300 recherches mesurant les attitudes face au sida ont été répertoriées en mai 1997, uniquement dans la banque de données AIDSLINE. Il est donc impossible de toute les résumer.

La plupart des recherches qui ont mesuré les attitudes face au sida l'ont fait à l'aide de questionnaires comportant différentes échelles et différents items. Les études dans ce domaine se sont surtout intéressées aux attitudes face au sida du personnel médical, des étudiants et des adolescents. L'apport des sondages dans l'étude des attitudes face au sida n'est pas à négliger.

Un des premiers sondages effectués aux Etats-Unis en 1985, pour l'hebdomadaire américain *Newsweek*, (réalisé par entrevue téléphonique auprès de 759 adultes) indique que la peur d'être contaminé par le VIH ou que quelqu'un de proche le soit, a doublé depuis 1983 (*Newsweek*, 12 août 1985, p. 20 à 27). Cette hausse de l'inquiétude par rapport au sida se démontre aussi par le pourcentage des répondants qui disent éviter certains endroits où les homosexuels peuvent être présents (28%), qui évitent des individus qu'ils connaissent ou soupçonnent d'être homosexuels (13%) et qu'ils refusent des interventions chirurgicales facultatives qui nécessitent une transfusion sanguine (21%).

Un autre sondage publié dans *Le Monde* du 11 mars 1987 (no. 13009, p. 18) démontre que 57% des répondants, sur un échantillon de 500 jeunes âgés entre 15 et 24 ans, se disent "très inquiet" ou "assez inquiet" face au risque d'attraper le sida. À la question "qu'est-ce qui vous fait peur pour les 10 prochaines années" 34% ont répondu le sida, et ce, presque au même titre que le terrorisme (37%) ou la crise économique (36%). L'importance qu'accordent les jeunes français au sida est mis en évidence par le fait que 37% disent avoir changé quelques-unes de leurs habitudes sexuelles et que pas moins de 70% comptent le faire dans le futur. Cette modification des habitudes sexuelles se

constate dans le choix des partenaires (34%), de l'utilisation du condom (34%) ou de la réduction du nombre de partenaires à venir (15%).

Une des plus grandes enquêtes visant à déterminer les attitudes et opinions de différentes populations à l'endroit du sida a été menée par la maison Gallup entre août 1987 et février 1988. Ce sondage a été réalisé auprès de 40 000 personnes réparties dans 35 pays. Les résultats de ce sondage ont été rendus publiques à Toronto le 21 mai 1988, par le petit-fils de George Gallup (*La Presse*, Montréal, 22 mai 1988, 104^{ième} année, no 210, p. A1-A2 et F-7). La taille de l'échantillon variait d'un pays à l'autre mais en environ 1000 participants étaient recrutés par pays (par exemple au Canada 1041).

Les résultats concernant la peur du sida sont très variables d'un pays à l'autre pour la question "dans quelle mesure craignez-vous de contracter le sida?" le pourcentage des répondants qui se disent très inquiets est inférieur ou égal à 5% pour les pays suivants: Islande, Pays-Bas, Suisse, Belgique, Suède, Japon, Luxembourg et France. Par contre dans huit autres pays le pourcentage est égal ou supérieur à 20%. À l'autre extrême, on retrouve les États-Unis (20%) et la population noire d'Afrique du Sud (46%). Pour les répondants de 16 pays, le sida est considéré comme le problème de santé le

plus urgent avant le cancer, les maladies cardiaques, etc. Ce sondage démontre bien que dès la fin des années 1980 le sida constitue un sujet très préoccupant pour la population.

L'étude québécoise de Dupras, Lévy, Samson et Tessier (1989), faite auprès d'un échantillon d'une population francophone de plus de 18 ans, indique que près de la moitié des répondants (48%) est préoccupée par le sida. Cette étude mentionne toutefois que la peur du sida n'a pas modifié les comportements sexuels des répondants. Effectuée sur un échantillon de la population de jeunes de 12 ans et plus, à travers des provinces canadiennes, l'étude de King, Beazley, Warren, Hankins, Robertson et Radford (1989), démontre que moins de 5% des individus craignent vraiment de contracter la maladie.

Plusieurs recherches se sont penchées sur les attitudes envers le sida des étudiants et du personnel médical. L'étude de Morgan et Treadway (1989) a pour but de déterminer, entre autres, les attitudes et opinions des infirmiers et infirmières envers le VIH/sida. Les 120 sujets ont répondu à un questionnaire de 42 items (AIDS inventory), sur une échelle Likert à cinq niveaux. L'échantillon est composé de 92% de femmes et de 8% d'hommes. L'âge moyen est de 35, 47 ans, 90% se disent religieux et 89,2% sexuellement actifs.

Les résultats démontrent que 13% des répondants croient que les personnes vivant avec le sida devraient être mises en quarantaine, et 30,4% croient qu'il est dangereux pour le personnel hospitalier de s'occuper d'une personne vivant avec le sida. Morgan et Treadway (1989) ont démontré que les hommes de leur échantillon ont des attitudes plus rejetantes envers les personnes vivant avec le VIH que les femmes.

La recherche de Halpern, Rodrique, Boggs et Greene (1993) détermine les différences entre les attitudes face au VIH/sida des médecins, des infirmiers et d'étudiants du domaine de la santé. Cette étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 759 participants (189 médecins, 307 infirmiers et 263 étudiants) affiliés à un large centre médical du sud-est des États-Unis. L'instrument de mesure est le HIV Attitudes Survey (HAS) qui a été créé pour les fins de cette recherche. Le HAS comprend 54 items et les participants doivent répondre sur une échelle Likert de 1 à 5. Le questionnaire traite entre autres des attitudes envers les personnes vivant avec le VIH/sida et de la perception du risque d'être contaminé lors de son travail. Les résultats de la recherche démontrent qu'en général le degré de peur et d'anxiété face au sida ne diffère pas d'un groupe à l'autre. Cependant l'étude démontre que les attitudes face au sida des infirmiers de race blanche sont plus positives que celles des infirmiers d'autre race et que les étudiants de sexe masculin ont significativement plus

peur du sida que les femmes étudiantes. De plus l'étude conclut qu'en général le niveau de peur et d'anxiété face au sida de l'échantillon est relativement bas.

La recherche de Reader, Custer, Tyahla et Skowronek (1993) s'est intéressée aux attitudes face au sida des conjoints dont le partenaire travaille auprès des personnes vivant avec le VIH/sida. L'échantillon, restreint, était composé de 12 hommes. L'âge des participants était réparti sur 25 ans et le niveau d'étude se situait entre le secondaire et le doctorat. C'est à l'aide d'entrevues en face-à-face que l'enquête a été faite.

Sept questions ouvertes étaient posées aux participants et les expressions faciales et corporelles étaient analysées. C'est à l'aide d'une analyse de contenu que les résultats ont été obtenus. La recherche démontre que la quasi majorité des répondants étaient anxieux à l'idée que leur conjointe travaille auprès des personnes vivant avec le sida. De plus, la majorité des répondants se croyaient à risque et croyaient leur partenaire à risque de contracter le VIH du fait qu'elle travaille avec des personnes vivant avec le sida. L'étude démontre qu'en général les personnes avaient de fortes craintes et éprouvaient de l'anxiété face au sida.

Une autre étude réalisée en 1994 par Gillipsie et Davis (1994) démontre que les infirmières doivent être plus à l'affût de leurs attitudes face aux personnes vivant avec le VIH/sida et composer avec leurs préjugés afin d'offrir une atmosphère chaleureuse de soin auprès des personnes vivant avec le VIH/sida. Cette recherche a été réalisée auprès de 175 infirmières. Elles devaient répondre à l'échelle d'attitudes face au sida (AAS) décrite auparavant dans la section sur la mesure des attitudes face au sida. La moyenne d'âge des infirmières était de 35 ans et elles avaient en moyenne 10 ans d'expérience dans leur domaine. Les résultats démontrent plus précisément que les infirmières ont des attitudes plus négatives envers les personnes vivant avec le sida qui ont été infectées par drogue injectable comparativement à celles qui ont été infectées par transfusion sanguine.

MESURE DES CONNAISSANCES FACE AU SIDA

Les recherches mesurant les connaissances face au sida sont très nombreuses. Encore une fois uniquement dans la banque de données AIDSLINE plus de 300 références concernant la mesure des connaissances face au sida ont été répertoriées en mai 1997. Nous citerons quatre recherches qui décrivent l'instrument de mesure utilisé pour évaluer le niveau de connaissances.

Comme pour la mesure des attitudes face au sida la mesure des connaissances se fait généralement à l'aide de questionnaires. Ces questionnaires varient d'une étude à l'autre et sont conçus spécifiquement pour les recherches visées. À l'heure actuelle aucun questionnaire concernant la mesure des connaissances face au sida n'est utilisé de façon universelle. La majorité des recherches s'est intéressée au niveau de connaissances face au sida des étudiants et du personnel médical et des adolescents. Regardons de plus près certaines de ces études qui représentent bien la mesure et le niveau de connaissances face au sida.

Tout d'abord l'étude de Blanche (1989) avait pour but de développer un test qui mesurerait les connaissances des infirmiers face au sida. Le test a été développé par le National League for Nursing (NLN) en collaboration avec différentes infirmières des États-Unis. Le test est composé de 60 questions à choix multiples. Cinq sphères de connaissances face au sida sont mesurées: l'étiologie et l'épidémiologie, la prévention et l'éducation, le contrôle de l'infection, la gestion de cas séropositifs et les aspects éthiques et légaux. Les questions ont été construites afin de répondre aux recommandations formulées par le Center for Disease Control (CDC), en regard de la prévention et la transmission du VIH. Le questionnaire expérimental a été administré à 600 infirmières. Le score de passage au test est fixé à 60%. Un individu qui a 60%

ou plus dans ce test détient d'après l'auteur les connaissances nécessaires pour offrir des soins auprès d'une personne vivant avec le VIH/sida. Il est à noter que les qualités psychométriques de ce test n'ont pas été démontrées. Blanche (1989) explique que ce test est utile pour mesurer les aspects des connaissances qui sont faibles et qui pourraient être améliorées. D'après l'auteur, ce test est utile pour mesurer l'impact d'une formation en matière de VIH/sida sur le personnel médical. Elle suggère d'administrer le test en début et en fin de formation.

La recherche de Faltermeyer (1990) a pour but de déterminer le niveau de connaissances face au sida d'étudiants, infirmiers et professeurs oeuvrant dans le milieu des sciences infirmières. Cette recherche s'est déroulée en Angleterre et comportait 524 participants. Les répondants ont complété un questionnaire de 20 items auxquels ils devaient répondre par vrai ou faux. Les résultats se divisent en sept catégories. Premièrement, concernant le système immunitaire, le niveau de connaissances est en moyenne suffisant. Toutefois, 28% des sujets croyaient que le virus s'attaquait aux globules rouges. Deuxièmement, face aux risques de transmission par la salive, 35% des répondants croyaient que le VIH pouvait être transmis par la salive. Troisièmement, concernant le test de dépistage du VIH, 86% de l'échantillon ne savait pas que ce test cherchait à détecter les anticorps du VIH et non le virus.

De plus, 26% des étudiants croyaient qu'il est encore possible d'être infecté lors d'une transmission sanguine. Quatrièmement, 43% de l'échantillon croyait que le VIH est transmis principalement chez et entre les homosexuels. Cinquièmement, 87% des répondants affirmaient qu'automatiquement une mère enceinte va infecter son bébé avant la naissance. Sixièmement, 46% des sujets ne connaissaient pas les terminologies exactes employées dans le domaine du VIH/sida. Septièmement, 54% des répondants ont affirmé que l'utilisation d'un lubrifiant à base d'huile³ lors de la pénétration réduisait les risques de transmission du VIH. L'auteur conclut que malgré la campagne massive d'information face au sida dans les journaux, les infirmières manquent de connaissances sur des concepts de base. De plus, l'auteur souligne qu'il est remarquable que le niveau de connaissances entre les étudiants, infirmiers et professeurs en nursing ne soit pas significativement différent.

La recherche de Biddlecom, LeClerc, Hardy et Hendershot (1992) porte sur les connaissances face au sida d'un échantillon de 25 217 répondants. Cette recherche a été réalisée auprès de travailleurs américains dont 1 620

³ Il est important de spécifier que les lubrifiants à base d'huile sont incompatibles avec le latex et peuvent l'endommager. Il est absolument faux de croire qu'un lubrifiant à base d'huile va réduire le risque de transmission du VIH. Toutefois, on sait que l'utilisation d'un lubrifiant à base d'eau diminue le risque de transmission du VIH. Ce risque est diminué par le fait que la lubrification est plus grande dans le vagin ou l'anus lorsqu'un individu utilise un tel lubrifiant, et par le fait même la friction sur le condom est diminuée, ce qui minimise les risques de perforation ou de bris du latex.

étaient des professionnels de la santé. C'est à l'aide d'un questionnaire créé en 1989 par le National Health Interview Survey (NHIS) que les connaissances face au sida ont été mesurées. Le questionnaire n'est pas décrit dans la publication. Les résultats démontrent que les travailleurs de la santé ont des connaissances plus élevées face au sida comparativement au reste de l'échantillon. De plus, les travailleurs du domaine de la santé étaient ceux qui avaient le plus été testés en regard du VIH. Ces mêmes travailleurs se considéraient plus à risque d'être infectés par le VIH mais ne se percevaient pas comme un groupe à risque, au même titre que le reste de l'échantillon. De plus, les résultats de la recherche démontrent que seulement 55% des travailleurs de la santé ont beaucoup de connaissances face au sida comparativement à 24,9% pour le reste de l'échantillon. Ces résultats démontrent que le fait d'être dans le milieu de la santé contribue à augmenter le niveau de connaissances face au sida.

L'étude de Porter (1993) examine le niveau de connaissances face au sida d'un échantillon de 153 adultes à Calcutta en Inde. L'âge moyen des participants est de 27 ans et varie entre 17 à 74 ans. Les sujets étaient en général bien éduqués et 90% de l'échantillon habitait Calcutta. C'est à l'aide d'une entrevue individuelle que les 153 répondants ont été évalués. Les sujets de cette étude devaient pouvoir s'exprimer en anglais. Les résultats

démontrent que 90% des sujets avaient déjà entendu parler du sida et 66% des sujets en avaient entendu parler dans les trois dernières années. Les journaux et la télévision étaient les principales sources d'information concernant le VIH/sida. Les sujets savaient à 95% que le sida est transmissible sexuellement, par contre seulement 25% de l'échantillon savait que le baiser n'était pas un risque de contamination. Moins de la moitié des répondants savait qu'il n'y a pas de risque d'infection par les piqûres d'insectes ou lors d'échange d'objets quotidiens (vêtements, tasses, etc.), 22% de l'échantillon se croyait à risque de contracter le sida. Les résultats globaux démontrent qu'en général l'échantillon avait un haut niveau d'éducation, de connaissances face au sida et un faible niveau de connaissances face aux modes de transmission du VIH. Cette étude, quoique intéressante, n'est certes pas représentative de la population de Calcutta. Les résultats doivent être analysés en tenant compte du haut niveau d'éducation de cet échantillon.

MESURE DES ATTITUDES FACE À L'HOMOSEXUALITÉ

Certaines recherches font ressortir la peur des homosexuels comme étant un des préjugés premiers directement en lien avec la problématique du sida. Les homosexuels semblent être une cible de choix pour une population qui désire psychologiquement se mettre à l'abri du VIH/sida. Des recherches

ont étudié les attitudes de la population en général face à l'homosexualité. Toutefois, certaines études se sont penchées sur la mesure de ces attitudes dans des questionnaires concernant les attitudes face au sida. Plusieurs échelles mesurent les attitudes face à l'homosexualité. L'échelle d'attitudes face à l'homosexualité de Kite et Deaux (1986) en est une qui fait l'objet de plusieurs publications. Kite et Deaux ont élaboré une échelle de 21 items. Sa consistance interne est très bonne ($\alpha = .93$) et la fidélité test-retest après un mois est bonne ($= .71$). L'analyse factorielle met en évidence un facteur majeur qui explique 42.4% de la variance. L'intérêt du travail de Kite et Deaux (1986), provient de leur échelle à prédire, dans une situation expérimentale, le comportement face à un homosexuel. Cette échelle fait partie du questionnaire de la présente recherche et est expliquée plus en profondeur dans la section sur les instruments de mesure. Cette échelle est aussi présentée à l'appendice E de cette présente recherche.

La recherche de Ionescu et Jourdan-Ionescu (1989) a entre autre mesuré les attitudes face à l'homosexualité auprès d'un échantillon d'une population de 190 étudiants, à l'aide du questionnaire de Kite et Deaux (1986). L'échantillon de leur recherche était composé d'hommes et de femmes âgés de 21 à 40 ans. Ces étudiants français étaient inscrits dans trois programmes distincts: la psychologie, les sciences de l'éducation et la gestion/administration.

Les résultats de la recherche démontrent que les sujets inscrits en gestion/administration sont plus homophobes que les sujets inscrits dans les deux autres programmes. Les résultats de recherche suggèrent une corrélation de -0.42 ($p < .001$) entre l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité et l'échelle d'attitudes face au sida.

La recherche de Gillipsie et al. (1996), décrite précédemment, va aussi dans le même sens et affirme que les personnes plus homophobes ont des attitudes moins positives envers les personnes vivant avec le VIH. Gabay et Morisson (1985) ont démontré une corrélation très significative à $p < .0001$ entre l'homophobie et la sidaphobie. Par la suite, plusieurs auteurs (Douglas, Kalman et Kalman., 1985; McAleer, Cunningham, Dickey, Burrows et Callender, 1986; Kelly, Kalichman et Rompa, 1987; Royce et Birge, 1987; Triplet et Surganam, 1987; Goodwin et Roscoe, 1988; Larsen, Serra et Long, 1990; Ionescu et al., 1993; Roberts et al., 1994 et Campos et al., 1996) ont abondé dans ce sens et démontré une relation positive entre la sidaphobie et l'homophobie.

ÉVOLUTION DES ATTITUDES FACE AU SIDA

En ce qui a trait à l'évolution des attitudes face au sida, du public en général, peu de recherches se sont penchées sur la question. Le but de ce

mémoire est de vérifier s'il y a eu évolution des attitudes face au sida chez des étudiants français, en psychologie, entre deux années de recueil de données (1987 et 1993). Plusieurs recherches ont évalué l'impact des programmes de sensibilisation/prévention face aux attitudes concernant le sida. Ces recherches se sont penchées sur des échantillons spécifiques de la population (infirmières, médecins, adolescents, homosexuels, etc.). Ces études mesurent la modification dans le temps des attitudes face au sida. Toutefois, elles évaluent l'évolution des attitudes face au sida suite à des activités spécifiques d'information en matière de VIH/sida. Ces recherches contrôlent le niveau de connaissances et d'attitudes et vérifient comment ces variables influencent la modification des attitudes. Les recherches qui vont être exposées dans cette section se sont penchées sur l'évolution des attitudes face au sida de différents échantillons. Ces échantillons n'ont pas été soumis à des sessions de sensibilisation/prévention face au sida, ce qui permet de dire que le temps est le principal facteur de l'influence de la modification des attitudes face au sida dans ces recherches.

Le premier article scientifique traitant de l'évolution des attitudes face au sida est celui de Simkins et Kushner (1986). Cette étude est une réplique de la recherche de Simkins et Eberhage (1984) avec laquelle ils ont comparé leurs données afin de vérifier, entre autres, la modification des attitudes face au sida.

Les deux recherches avaient pour but d'évaluer les attitudes face au sida, à l'herpès et, dans le cas des femmes, au syndrome du choc toxique (maladie causée par le *staphylococcus aureus*, lié à l'utilisation des tampons hygiéniques). Leurs échantillons étaient composés de 232 étudiants en 1984 et de 212 en 1986. La majorité des participants des deux échantillons étaient des étudiants en psychologie et l'âge moyen des participants était de 22 ans. En 1984, 76% de l'échantillon était hétérosexuel comparativement à 77,4% en 1986. Ces recherches ont été réalisées à l'Université du Missouri dans l'état du Kansas, aux États-Unis. Le questionnaire utilisé mesurait l'anticipation face au danger de contracter les maladies ci-haut mentionnées, et l'influence de ces maladies sur la vie sexuelle des répondants. Les résultats de la recherche de Simkins et Kushner (1986) ne montrent pas de changements significatifs entre les deux années de recueil, au niveau des attitudes concernant le sida. Les auteurs mentionnent toutefois que les hommes homosexuels sont ceux qui sont le plus préoccupés par le sida et qui ont opéré des changements significatifs dans leurs activités sexuelles. Les auteurs précisent que la population hétérosexuelle de l'échantillon a modifié de façon très faible ses activités sexuelles et ils notent qu'elle se sent peu concernée par le sida.

En 1987, Temoshock, Swett et Zich démontrent mieux l'influence que pourrait avoir le temps sur les modifications des attitudes face au sida. Cette

recherche met en lumière les réactions du public face à une épidémie. L'étude de Temoshock et al. (1987) a développé un modèle hypothétique et prédictif des attitudes que le public en général pourrait avoir face à une épidémie. Cette recherche a été effectuée simultanément dans trois grandes villes: San Francisco, New York et Londres. L'échantillon total comptait 399 participants. C'est à l'aide d'une échelle d'attitudes face au sida que les sujets ont exprimé leur degré de sidaphobie.

Les trois villes ciblées dans cette recherche sont très différentes. La prévalence du sida varie considérablement d'une ville à l'autre. De plus, le laps de temps qui s'est écoulé, dans des villes, depuis qu'on a commencé à considérer le sida comme un problème de santé publique est très différent. Les gens de San Francisco sont ceux qui ont sans aucun doute entendu parler du sida les premiers et qui se sont sentis concernés bien avant les gens de New York ou de Londres. Le temps dans cette recherche (qui n'est ni longitudinale ni transversale) est fonction de l'apparition du phénomène du sida dans chacune des villes. Les résultats de la recherche de Temoshock et al. (1987) démontrent des différences notables entre ces trois villes. Les différences dans les résultats, d'après les auteurs, sont basées sur la culture et englobent la confiance des participants envers les soins de santé, le degré d'interaction avec une personne vivant avec le VIH/sida les préjugés face à la maladie, le temps

écoulé depuis que le sida est considéré comme une menace pour leur population et la façon dont les médias de chacune des villes ont traité du sida.

Les résultats, en lien direct avec la problématique du VIH/sida, démontrent que les homosexuels et les bisexuels de San Francisco sont plus conscients de la menace qu'exerce le virus sur leur population et ce, depuis plus longtemps que les gens de New York et encore plus que ceux de Londres. En ce qui à trait au niveau de connaissances, la sidaphobie et l'homophobie face au sida, les habitants de San Francisco sont ceux qui ont le moins peur et le plus de connaissances. De plus, l'étude démontre que la sidaphobie et l'homophobie sont en corrélation négative avec le niveau de connaissances, ce qui signifie que plus les connaissances sont élevées, plus la peur est faible. Les auteurs expliquent que le haut niveau de connaissances de la population de San Francisco est entre autres dû à la campagne de sensibilisation objective faite par les médias de cette ville 6 mois avant le recueil des données. Ils rapportent aussi que les médias londoniens traite l'information du VIH/sida avec sensationnalisme. Ce constat va dans le même sens que ceux de Luzi et al. (1996) qui expliquent le rôle des médias dans la prévention du VIH. Ces auteurs ont démontré que les médias ont un rôle à jouer sur le niveau de connaissances de la population en général face au VIH.

Suite à ces résultats, les auteurs ont élaboré le modèle hypothétique et prédictif, en quatre stades, des attitudes du public en regard d'une épidémie. Les différents stades se distinguent par le temps écoulé depuis que le public se sent concerné par l'épidémie en question, le sida. Regardons plus en détail chacun des stades décrits par les auteurs. Au stade premier, la peur du sida est généralisée et des attitudes négatives envers les homosexuels sont associées à un faible niveau de connaissances concernant le sida. C'est à ce niveau que se situe la ville de Londres lors de l'expérimentation. Les auteurs ajoutent que les changements en matière de sexualité sont en fonction des peurs et des préjugés, plutôt qu'en lien avec une perception appropriée du risque de contracter le VIH.

Au deuxième stade, on retrouve les habitants de New York. À ce niveau les gens se sentent plus intéressés à obtenir de l'information, mais n'ont pas nécessairement moins peur du sida. Les auteurs mentionnent qu'au fur et à mesure qu'ils augmentent leur niveau de connaissances, les craintes envers la maladie peuvent momentanément s'amplifier.

Au troisième stade, les individus ont généralement acquis un haut niveau d'information face à la maladie et vivent avec la menace constante de l'épidémie. Les gens de San Francisco se situent à ce niveau. Les gens ont en

général, à ce stade, modifié leurs activités sexuelles et sont ouverts à acquérir de nouvelles informations. Les auteurs mentionnent qu'à ce stade des attitudes négatives envers les homosexuels peuvent être présentes.

Le quatrième stade, d'après les auteurs, n'est atteint que par peu de personnes. Les personnes qui ont côtoyé de près la maladie ou qui sont des individus qui reconnaissent avoir eu des activités à risques peuvent l'atteindre. À ce stade, les personnes sont plus familières avec la maladie et n'entretiennent presque plus de préjugés ou de peur envers le sida.

Comme dit précédemment ce modèle élaboré par Temoshock et al. (1987) démontre que les réactions des individus peuvent être différentes selon le temps écoulé depuis l'apparition d'une épidémie. Malgré son intérêt, il est important de répéter que ce modèle n'est pas basé sur des données de type transversal ou longitudinal, ce qui ne permet pas de comprendre avec exactitude la progression des attitudes face au sida.

Les chercheurs Clif et Stears (1988) ont mesuré les changements d'attitudes et de croyances d'étudiants britanniques envers le sida. Le premier échantillon de 1986 était constitué de 86 participants inscrits en sciences de l'éducation. Le deuxième échantillon de 1987 comprenait 76 individus dont 73

avaient déjà répondu au premier questionnaire. L'instrument utilisé était un questionnaire de 56 questions, auxquelles les sujets devaient répondre sur une échelle Likert de cinq points. Les auteurs ont démontré un changement significatif au niveau: de l'inquiétude, des connaissances et des attitudes envers les personnes vivant avec le VIH/sida. Plus précisément, on note une diminution de l'inquiétude des répondants entre les deux années de recueil, une augmentation des connaissances et une diminution des participants en faveur de la mise en quarantaine des personnes vivant avec le VIH/sida. Les auteurs précisent que les résultats ne démontrent aucun changement significatif au niveau des attitudes morales (homophobie) et sociales (comportements sexuels).

L'étude de Singer, Rogers et Glassman (1991) a déterminé l'influence de la position du gouvernement américain, entre 1987 et 1988, sur les attitudes et connaissances face au sida, du public en général. Les auteurs se sont servi de deux sondages Gallup effectués en 1987 et 1988 auprès d'un échantillon de 1569 et 1027 participants. Le questionnaire comprenait neuf questions générales concernant le sida, suivies de plusieurs sous-questions. Les analyses se sont principalement intéressées aux questions qui abordaient le risque de transmission, les préoccupations au niveau du sida (les inquiétudes du répondant face au risque d'infection pour lui-même ou une autre personne et

ses inquiétudes face à l'ampleur de la maladie dans le futur), les comportements sexuels et les attitudes envers les homosexuels. En tout, 14 questions ont fait partie de l'analyse statistique.

Les auteurs démontrent que les attitudes en général face au sida pour l'ensemble de l'échantillon, se sont modifiées de façon significative, entre les deux années de recueil. Toutefois, la peur d'être infecté par le VIH est très présente et la répression des personnes vivant avec le VIH/sida a augmenté de façon significative, et ce, même si le niveau de connaissances a augmenté entre les deux années de recueil. Les auteurs notent aussi une augmentation de l'usage du condom au sein de l'échantillon, plus particulièrement chez la femme. Ils indiquent que les répondants en 1988 sont plus conscients que le sida pourrait devenir une épidémie pour la population et notent que les individus ont plus tendance à croire qu'il est possible d'être infecté lors d'une transfusion sanguine. Les attitudes face aux homosexuels sont restées les mêmes. Cette recherche a noté des changements significatifs face aux attitudes concernant le sida. Toutefois ces changements d'attitudes ne sont pas nécessairement positifs et continuent de perpétuer des préjugés envers des groupes à risques.

L'étude de Albert (1990), avait pour but d'étudier les modifications dans le temps des attitudes face au sida. Cette étude a été effectuée auprès de 97

étudiants français répartis en quatre sous-groupes. Les sujets âgés entre 21 et 40 ans étudiaient en psychologie et ont été comparés à l'échantillon de Ionescu et Jourdan-Ionescu (1989). Quatre échelles ont été répondues par les participants; l'échelle d'attitudes face au sida, l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité, le test d'anxiété face à la mort et le test de connaissances face au sida. Les résultats de l'étude démontrent qu'il n'y a pas de changement significatif entre l'échantillon de 1987 comparativement à celui de 1989, en ce qui a trait à l'évolution des attitudes face au sida. Plus précisément, l'auteur démontre que la peur du sida et le rejet des personnes vivant avec le VIH/sida sont les mêmes pour les deux années de recueil. Par contre, en ce qui concerne le niveau de connaissances face au sida, on remarque que les sujets de l'étude ont un niveau de connaissances significativement plus élevé en 1989 comparativement à 1987. L'auteur fait aussi ressortir la prévalence d'un lien entre les attitudes face au sida et l'homophobie et montre que, même si le niveau de connaissances est plus élevé en 1989, aucun changement dans la peur du sida ni l'acceptation des malades n'est apparu. Ces résultats sont appuyés par ceux de Paquet (1993).

L'étude de Paquet (1993), qui a repris le questionnaire de Ionescu et Jourdan-Ionescu (1987) porte aussi sur l'évolution des attitudes face au sida.

L'auteur avait pour but d'évaluer l'évolution des attitudes face au sida auprès d'un échantillon de 174 étudiants Québécois. Les sujets de l'étude étaient inscrits dans trois programmes différents; psychologie, sciences de l'éducation et gestion/administration. L'âge des sujets variaient de 21 à 30 ans. Les sujets qui ont été retenus ont été comparés à l'échantillon de Ionescu et Jourdan-Ionescu (1989). Les participants ont répondu à l'échelle d'attitudes face au sida, l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité et le test de connaissances face au sida. Les résultats de la recherche de Paquet (1993) vont dans le même sens que ceux de Albert (1990). L'auteur de cette recherche démontre que les attitudes face au sida n'ont pas évolué entre 1987 et 1990. Plus précisément, on note que les hommes, en général, entretiennent plus de peur que les femmes face au sida. De plus, l'auteur relate que le niveau de connaissances face au sida pour l'ensemble de l'échantillon a augmenté de façon significative en 1990. Ceci ne semble cependant pas avoir modifié les attitudes face au sida. Il est intéressant de noter que le niveau d'homophobie entre les deux années de recueil ne s'est pas modifié. La recherche démontre aussi un lien significatif négatif entre l'échelle d'attitude face au sida et l'échelle d'attitude face à l'homosexualité. Ceci nous indique que plus une personne est homophobe, plus elle a des attitudes de peur face au sida. Ce constat permet de supposer que les attitudes de peur face au sida pourraient être influencées

par l'homophobie des individus plutôt que par leur niveau de connaissances face au sida.

La recherche de Roberts Blakey et Smith (1994) faite à Wales en Grande-Bretagne de 1987 à 1992 sur un échantillon total de 3049 individus, dresse un portrait intéressant de l'évolution des attitudes et connaissances du public en général face au VIH/sida. L'échantillon était réparti sur trois années distinctes: 1987 (n = 1009), 1988 (n = 1007) et 1992 (n = 1033). Les participants avaient tous plus de quatorze ans et étaient distribués de façon semblable sur l'âge, le sexe, le groupe social et la région démographique pour toutes les années de recueil. Le recueil des données s'est fait en face à face avec des interviewers formés et utilisant un protocole de passation et un questionnaire structuré. Cette étude de grande envergure semble reprendre l'essentiel des résultats des autres recherches. Au niveau des connaissances, les auteurs expliquent qu'il y a un changement significatif ($p < .01$) concernant la connaissance quant au danger d'infection en cas de contact avec le sang d'une personne vivant avec le VIH. Les auteurs notent aussi une relation significative ($p < .01$) de la connaissance du risque d'infection lors de relations sexuelles avec une personne séropositive entre les années 1987 et 1992. Toutefois, quelque soit le sexe des répondants, le pourcentage de personnes

croyant pouvoir être infectées lors de relations sexuelles avec une personne vivant avec le VIH a diminué en 1992 comparativement à 1987. De plus, les auteurs mentionnent qu'il y a une diminution significative ($p < .01$) entre 1987 et 1992 de la croyance erronée du risque d'infection en présence d'une personne vivant avec le VIH sida qui étrenne ou renifle ou qu'on embrasse.

Les auteurs se sont aussi penchés sur le changement des attitudes du public entre 1987 et 1992. Roberts et al. (1994) soulignent qu'il y a une augmentation significative ($p < .01$) entre 1988 et 1992, de la pensée que les personnes vivant avec le VIH devraient avoir une place "normale" au sein de la société. Les auteurs expliquent que les gens en général sont d'accord avec le fait que les enfants séropositifs devraient pouvoir aller dans une école régulière et s'intégrer aux autres enfants et que les médecins vivant avec le VIH devraient pouvoir continuer à professer. Toutefois, il est intéressant de noter que malgré ce discours très positif des répondants, la recherche démontre qu'il y a des attitudes de rejet significatives envers les homosexuels et les utilisateurs de substances injectables qui vivent avec le virus.

Les auteurs de cette recherche démontrent qu'il y a une relation significative entre le niveau de connaissances, la sidaphobie et l'homophobie.

Les individus ayant plus de connaissances expriment plus de sympathie envers les homosexuels vivant avec le VIH ($p < .01$). Les auteurs croient que le fait d'exprimer du rejet envers les homosexuels et les utilisateurs de drogue injectable vivant avec le VIH/sida est en lien avec le comportement de ces personnes plutôt qu'avec le fait d'être séropositif. Les auteurs concluent que les attitudes et le niveau de connaissances sont étroitement liés et croient que les programmes de prévention/sensibilisation face au VIH/sida devraient mettre l'emphase sur la démythification des préjugés encore présents face à des groupes considérés comme vecteur de transmission du VIH.

Lors de la XI^{ème} Conférence internationale sur le Sida à Vancouver du 7 au 12 juillet 1996, quelques recherches longitudinales ont été présentées concernant les connaissances et attitudes face au sida. Ces recherches sont intéressantes mais peu pertinentes à intégrer dans ce mémoire car elles ont été réalisées auprès de populations spécifiques (bisexuelles, homosexuelles, africaines, etc.) qui ne font pas l'objet de la présente recherche. Les résultats de ces études, basées sur des populations à risques et sensibilisées, ont peu de lien avec une recherche qui traite de l'évolution des attitudes face au sida d'étudiants français, de race blanche et hétérosexuels.

En constatant les différentes conclusions des recherches présentées précédemment, un constat s'impose. L'évolution dans le temps des attitudes face au sida est un phénomène qui demande à être approfondi et les recherches dans ce domaine ne semblent pas toutes aboutir à des résultats clairs. Toutefois, malgré ces divergences, il est possible de conclure que les attitudes face au sida changent de façon lente et progressive et que le niveau de connaissances semble faire diminuer la peur sans pour autant avoir un impact direct sur l'homophobie ou les pratiques sexuelles. Une personne bien informée face à la problématique du VIH/sida peut entretenir des peurs irrationnelles face à la maladie et perpétuer des préjugés face à des individus qui par le passé ont été ciblés comme vecteurs de la propagation du virus (homosexuels, toxicomanes, prostituées, haïtiens...).

L'impossibilité de tirer des conclusions éclairées face à l'évolution des attitudes du VIH/sida soulève l'importance de persévérer dans ce domaine de recherche. Le besoin d'études longitudinales et transversales n'est pas à négliger afin de mieux cerner la situation et d'établir des programmes d'éducation/prévention à la lumière des résultats des différentes recherches.

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

Problématique

La présente recherche constitue une avancée dans le domaine de l'évolution des attitudes face au sida. Elle se démarque des autres recherches car elle s'intéresse à l'évolution des attitudes face au sida sur une longue période, soit six ans. Les recherches antérieures, pour la plupart, ont comme lacune d'avoir évalué l'évolution des attitudes suite à des campagnes de sensibilisation/prévention auprès de divers groupes. Cette étude évalue les attitudes face au sida d'un échantillon qui n'a reçu aucune formation spécifique en matière de VIH/sida. Le facteur temps est donc plus représentatif de l'influence des changements réels qu'il peut y avoir sur les attitudes. De plus la méthode utilisée pour vérifier les différentes hypothèses est la même pour les deux années de recueil. Le fait d'utiliser le même instrument de mesure augmente la validité de la recherche et assure une plus grande précision des résultats. Dans la littérature il n'y a pas d'étude transversale qui ait évalué sur une aussi longue période, le changement des attitudes face au sida. Cette recherche permet d'obtenir des résultats qui vont faciliter la compréhension des attitudes d'individus en regard du VIH/sida. Elle offre aussi un cadre théorique

et des résultats ouvrant la voie à de nouvelles études dans le domaine des attitudes face au sida et de l'intervention sur ces attitudes.

La présente recherche constitue une réplique de l'étude de Ionescu et Jourdan-Ionescu (1987) et a comme principal objectif de vérifier si, six ans après (1993), le niveau d'attitudes des étudiants face au sida s'est modifié de façon significative. Notre recherche est une réplique partielle puisque comparativement à Ionescu et Jourdan-Ionescu (1987), elle s'intéresse spécifiquement aux attitudes et connaissances d'étudiants français inscrits en psychologie. La recherche initiale de ces auteurs s'était intéressée aux attitudes et connaissances des étudiants de différents programmes (psychologie, sciences de l'éducation et gestion/administration) et de différent pays (France, Canada, Afrique Noire et Afrique du Nord). La recherche tentera de vérifier, les relations de ces attitudes avec le niveau de connaissances face au sida, l'homophobie et les comportements sexuels à risque.

A la lumière des recherches concernant les attitudes face au sida décrites dans la section sur l'évolution des attitudes face au sida, il est possible de poser l'hypothèse que les attitudes de peur face au sida des répondants en 1993 seront moins grande que celles de 1987.

De plus les différentes recherches présentées dans le contexte théorique indiquent majoritairement que le niveau de connaissances face au sida augmente au fil des ans. Dans ce sens, la présente étude propose qu'il en sera de même pour l'échantillon de cette recherche. Nous croyons que les étudiants interrogés en 1993 auront un niveau de connaissances plus grand que ceux de 1987. La majorité des auteurs ont démontré une relation entre la sidaphobie et le niveau de connaissances. Toutefois ces chercheurs arrivent à des conclusions différentes. Certains affirment (Royse et Bridge, 1987; Porter, 1993; Catalla, 1996; Gillipsie et al., 1996; Sircar et al., 1996; Sowell et al., 1996; Wei et al., 1996) que le niveau de connaissances est en relation significative positive avec les attitudes de peur face au sida. Ils démontrent que les individus qui ont plus de connaissances ont moins peur du sida. D'autres auteurs, par contre, concluent que le haut niveau de connaissances face au sida peut momentanément faire augmenter la peur (McAller et al., 1986; Temoshok et al., 1987; Paquet, 1993).

Concernant les attitudes face aux homosexuels, les recherches démontrent peu de changement entre les attitudes dites morales (homophobie) et sociales (changement de pratiques sexuelles) (Kelly et al., 1987; Triplet et Surganam, 1987; Temoshok et al., 1987; Goodwin et Roscoe, 1988; Albert, 1990; Larsen et al., 1990; Paquet, 1993; Beazley, 1993; Ionescu et al., 1993;

Seltzer, 1993; Roberts et al., 1994; Beverley et al., 1996; Campos et al., 1996). Les gens qui ont des attitudes homophobes sont aussi ceux qui, en général, ont plus peur du sida et, ce, même si ils sont mieux informés.

D'autres recherches (Douglas et al., 1985; Mc Aleer et al., 1986; Douglas et al., 1985;; Ionescu et Jourdan-Ionescu, 1989; Crawford, 1990; Dusenbury et al., 1991; Singer et al., 1991; Kalirchman et Hunter, 1992; Reader et al., 1993; Li et al., 1993; Bowman et al., 1994; Roberts et al., 1994; Preston et al., 1995; Bennett, 1995; Baylor et McDaniel, 1996; Anderson et al., 1997; Fournier et al., 1997) ont aussi démontré un lien entre les attitudes face au sida, l'homophobie et le niveau de connaissances. Toutefois il n'y a pas de consensus quant aux relations entre les trois variables. Dans cette recherche, afin de mieux cerner ces conclusions, des corrélations entre ces variables devront être opérées.

Afin de vérifier les différentes conclusions des recherches, des analyses statistiques devront être effectuées entre les différents scores aux différentes échelles pour les deux années de recueil. Les scores proviennent respectivement des échelles d'attitudes face au sida et à l'homosexualité, du test de connaissances face au sida, des méthodes de contraception antérieures /actuelles et du nombre de partenaires. Ces scores sont des variables dépendantes tandis que l'âge, l'orientation sexuelle et l'origine sont des

variables contrôlées. Les variables indépendantes dans cette recherche sont le sexe et le niveau d'étude.

Suite aux différentes conclusions des recherches présentées dans le contexte théorique, les hypothèses de cette recherche sont formulées comme suit:

Hypothèses

- 1- Les scores à l'échelle d'attitudes de peur face au sida sont moins élevés pour l'échantillon de 1993 comparativement à l'échantillon de 1987;
- 2- Étant donné la grande diffusion d'information et les campagnes de sensibilisation/prévention concernant le VIH/sida, le niveau de connaissances en 1993 est plus élevé que pour l'échantillon de 1987;
- 3- Les attitudes face à l'homosexualité (homophobie) sont les mêmes pour l'échantillon de 1993 comparativement à 1987;
- 4- Les habitudes en matière de sexualité sont les mêmes en 1987 qu'en 1993;

5- Il y a des relations significatives entre les scores aux différentes échelles (attitudes face au sida et attitudes face à l'homosexualité) et le test de connaissances.

Méthode

MÉTHODE

Le deuxième chapitre décrit les caractéristiques des sujets, les instruments de mesure et le déroulement de l'expérience.

Sujets

Les sujets qui ont été retenus répondent aux mêmes critères de sélection que ceux utilisés pour la recherche de Ionescu et Jourdan-Ionescu réalisée en 1987. C'est d'ailleurs une partie des résultats de cette recherche qui serviront de base de comparaison avec la présente recherche. L'échantillon de 1987 était composé de 190 étudiants français inscrits à l'Université de Paris, à l'un des trois programmes d'études suivants: psychologie, sciences de l'éducation et gestion/administration. Les participants étaient inscrits au Diplôme d'Études Universitaire Général (équivalent du baccalauréat québécois) de la maîtrise, du Diplôme d'Études Supérieures Spécialisées et du Doctorat. Ils étaient âgés entre 21 ans et 40 ans et avaient une orientation sexuelle hétérosexuelle. Les étudiants de l'échantillon de recherche de 1987 qui ont été retenus pour la présente étude sont uniquement ceux qui étaient inscrits dans le programme de psychologie (n = 96). Le tableau 5 montre la répartition des sujets en fonction du sexe et de l'année de recueil.

Tableau 5

Répartition de l'Échantillon selon l'Année de Recueil, le Sexe et l'Âge Moyen

Année de recueil	Sexe	n	Âge moyen en année
1987	H	41	29.88
	F	55	30.15
Ensemble		96	30.03
1993	H	42	27.83
	F	56	28.41
Ensemble		98	28.16

L'échantillon de la présente recherche comprend aussi des étudiants en psychologie et se compose de 98 sujets. Les participants sont d'orientation sexuelle hétérosexuelle, d'origine française et répartis en quatre groupes: deux groupes d'hommes et deux groupes de femmes de deux catégories d'âge, les 21-30 ans et les 31-40 ans. Ils ont été sélectionnés en fonction des mêmes critères que ceux retenus par Ionescu et Jourdan-Ionescu (1987), parmi 127 étudiants de l'Université Paris VIII, à Paris. Les sujets ayant acceptés de participer à la recherche ont rempli le questionnaire d'attitudes face au sida de Ionescu et Jourdan-Ionescu (1987).

Les caractéristiques de l'échantillon (deux groupes d'âge, deux sexes, population étudiante, orientation hétérosexuelle, origine française et programme

d'étude en psychologie) ont été sélectionnées en fonction des critères établis en 1987. Les groupes d'âge ont pour objectif d'identifier s'il y a une différence significative entre les jeunes étudiants et les plus vieux face aux attitudes concernant le sida. La variable sexe nous permet de vérifier s'il y a une différence significative concernant les attitudes face au sida entre les hommes et les femmes. Le choix de l'orientation hétérosexuelle se justifie par le fait que la proportion de gens ayant une orientation sexuelle homosexuelle ou bisexuelle est moindre. Les recherches antérieures ont démontré que ces personnes peuvent biaiser les résultats car souvent leur niveau de connaissances face au sida est plus élevé et ce sont des personnes plus tolérantes et acceptantes envers cette maladie et l'homosexualité. Les sujets sont tous d'origine française comme dans l'échantillon de 1987, et ce, afin de ne pas biaiser les données en y incluant des variables socio-démographiques pouvant faire varier les résultats à l'échelle d'attitudes face au sida en fonction de l'origine ethnique (Ionescu et Jourdan-Ionescu, 1989).

L'expérimentation s'est déroulée en 1993. Sur 127 questionnaires complétés, 29 ont été rejetés parce qu'ils ne répondaient pas aux critères de recherche: 3 répondants avaient moins de 21 ans; 8 ne répondaient pas au critère de l'orientation hétérosexuelle, 6 n'étaient pas d'origine française et 12 questionnaires étaient incomplets.

Instrument de Mesure

L'instrument de mesure utilisé est le questionnaire d'attitudes face au sida de Ionescu et Jourdan-Ionescu (1987). Ce questionnaire est composé de cinq parties.

La première partie vise à recueillir les données démographiques (âge, sexe, état civil, niveau de scolarité, nombre d'enfants, âge des enfants et profession), les expériences vécues en rapport avec la maladie (accompagnement, soins, etc.) et les caractéristiques de la vie sexuelle des répondants (méthodes contraceptives utilisées, orientation sexuelle, etc.). (voir appendice B).

La deuxième section est l'échelle d'attitudes face au sida (voir appendice C) élaborée en 1987 par Ionescu et Jourdan-Ionescu et ayant fait l'objet de plusieurs publications depuis 1989. La fidélité test re-test après trois semaines est de .91. Cette échelle est constituée de 19 énoncés pour lesquels le répondant doit exprimer son degré d'accord sur une échelle de type Likert allant de 1 (désaccord total) à 7 (accord total). Le score peut donc varier de 19 à 133. Un score élevé indique une grande peur du sida et un fort rejet des personnes atteintes de ce syndrome.

La troisième partie sert à mesurer le niveau de connaissances concernant le sida (voir appendice D). Il s'agit du test de connaissances sur le sida de Ionescu et Jourdan-Ionescu (1987). Cette partie est constituée de 21 items. Pour les 18 premiers énoncés, le répondant doit choisir entre 2 réponses possibles (vrai ou faux) alors que les 3 derniers items sont des questions ouvertes. Le score de connaissances peut varier de 0 à 25 (25 indiquant un score très élevé de connaissances).

La quatrième partie est l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité (voir appendice E) élaborée par Kite et Deaux (1986). Sa consistance interne est très bonne ($\alpha = .93$) et la fidélité test re-test après un mois est de .71. Cette échelle comporte 21 énoncés où les réponses sont données sur une échelle Likert en 5 points (allant de 1 = accord total à 5 = désaccord total). Les scores possibles vont de 21 à 105. Un score élevé indique un degré d'homophobie très élevé (rejet des personnes d'orientation sexuelle homosexuelle).

La cinquième partie est l'échelle d'anxiété face de la mort évaluée par le D.A.S. (Death Anxiety Scale) de Templer (1970). Pour cette recherche, seules les quatre premières parties du questionnaire ont été retenues pour

des fins d'analyse; c'est-à-dire le questionnaire de données personnelles, l'échelle d'attitudes face au sida, le test de connaissances concernant le sida et l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité. La partie en relation avec la mort n'a pas été étudiée car elle dépassait le champ d'intérêt de cette recherche, ceci explique aussi pourquoi elle n'est pas incluse dans les appendices.

Le questionnaire de données personnelles a permis de composer les groupes de sujets afin de respecter les critères d'appariement entre les échantillons de 1987 et de 1993.

Déroulement de l'Expérience

Le questionnaire a été administré en une seule étape, à l'intérieur des classes et en une seule période de cours, au sein de l'Université parisienne, Paris VIII. Les échelles et le test de connaissances ont été présentés aux différents groupes d'étudiants comme des outils d'expérimentation pour les fins d'un mémoire portant sur l'évolution des attitudes face au sida. La durée de passation variait entre 20 à 50 minutes. Les étudiants étaient libres de participer ou non, mais il leur était précisé que le questionnaire était

anonyme et servait uniquement à des fins de recherche. Il a été donné comme consigne aux étudiants de répondre individuellement à toutes les questions. A la fin de la passation le questionnaire était recueilli et les étudiants qui avaient des questions pouvaient recevoir de l'information.

Résultats

ANALYSE STATISTIQUE

Cette partie du chapitre permet de présenter les analyses statistiques qui ont été utilisées afin de répondre aux hypothèses avancées dans ce mémoire.

Afin de vérifier les trois hypothèses de recherche concernant les attitudes de peur face au sida, le niveau de connaissances face au sida et les attitudes face à l'homosexualité des comparaisons de moyennes et des analyses de la variance des scores obtenus par les sujets aux trois épreuves ont été effectuées en fonction des années de recueil, du sexe et du groupe d'âge. C'est à l'aide de la commande "COMPARE MEANS" et de la commande "ONEWAY" de la version 6.0 de SPSS pour "Windows", que ces analyses statistiques ont été effectuées. En ce qui concerne les hypothèses d'interaction entre les années de recueil et le sexe, pour chacune des épreuves du questionnaire, des analyses de variances unifactorielles à deux niveaux 2 X 2 (2 années de recueil par 2 sexes) ont été appliquées sur les scores de l'échelle d'attitudes face au sida, du test de connaissances et de l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité. Ces analyses permettent de dire si il y a eu un changement significatif dans les attitudes de peur face au sida, dans le niveau de connaissances face au sida et dans les attitudes envers les homosexuels, en fonction du sexe (hommes et femmes) et des deux années de recueil (1987 et

1993). C'est à l'aide de la commande "ANOVA" dans le programme SPSS 6.0 pour "Windows" que ces analyses ont été réalisées.

C'est à l'aide de la commande "CROSSTABS" dans le programme SPSS 6.0 pour "Windows" que la quatrième hypothèse concernant la modification dans le temps des habitudes sexuelles des hommes et des femmes, a été vérifiée.

Concernant la cinquième hypothèse qui cherche à démontrer si des relations existent entre le score d'attitudes face au sida, le score au test de connaissances et celui à l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité, des analyses de corrélation de Pearson ont été exécutées à l'aide de la commande "CORRELATE" du programme SPSS 6.0 pour "Windows".

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les résultats concernant chacune des hypothèses sont présentés dans la section qui suit.

La première hypothèse concerne la diminution dans le temps des attitudes de peur face au sida entre 1987 et 1993. L'analyse des scores moyens obtenus à l'échelle d'attitudes face au sida est présentée dans le tableau 6.

Tableau 6

Score Moyen, Écart Type et Dispersion Obtenus à l'Échelle d'Attitudes Face au Sida

Année de recueil	Score Moyen	Ecart Type	Dispersion
Ensemble de l'échantillon	60.80	11.51	20 - 94
1987	57.69	11.31	20 - 83
1993	63.85	10.92	38 - 94

Ces résultats démontrent qu'il y a une augmentation du score moyen des attitudes de peur face au sida entre les deux années de recueil et que les scores obtenus à cette échelle sont plus élevés en 1993 qu'en 1987. De plus, la dispersion nous indique que le score minimal et maximal pour l'année 1993 est plus élevé qu'en 1987. Cela nous indique aussi que les attitudes de peur face au sida sont plus grandes pour les répondants de 1993. Les tableaux 7 et 8 rapportent les résultats de l'analyse de variance des scores moyens obtenus à l'échelle d'attitudes face au sida en fonction de l'année de recueil (1987/1993), du sexe (hommes et femmes) et du groupe d'âge (21-30/31-40).

Il y a une différence significative entre les scores moyens à l'échelle d'attitudes face au sida entre les deux années de recueil. Les répondants interrogés en 1993 [$F(1, 192) = 14.9, p < .001$] ont significativement plus peur sida qu'en 1987. Ce constat vient infirmer l'hypothèse de départ stipulant que les attitudes de peur face au sida seront moins élevées en 1993.

Tableau 7

Analyse de Variance des Scores Obtenus à l'Échelle d'Attitudes Face au Sida Selon le Sexe

Source de variation	dl	Carré Moyen	F	p
Ensemble de l'échantillon	1, 192	922.57	7.19	= .008
1987	1, 94	960.27	8.07	= .006
1993	1, 96	147.87	1.24	n. s.

Le tableau 7 nous indique que les hommes et les femmes pour l'ensemble de l'échantillon diffèrent de façon significative ($p = .008$) quant à leurs attitudes face au sida. Toutefois les résultats (tableau 7) démontrent que le sexe a un effet significatif ($p = .006$) uniquement pour l'année 1987. En 1993, le sexe ne semble pas influencer les attitudes de peur ($p = n.s.$) face au sida. Ce constat peut se comprendre par l'écart entre les scores moyens des

hommes et des femmes de 1987 (6.4 points) comparativement à celui de 1993 (2.5 points).

Le tableau 8 présente les résultats de l'analyse de variance des scores obtenus à l'échelle d'attitudes face au sida et explique que le sexe et l'année de recueil ont chacun une influence sur l'évolution des attitudes de peur face au sida.

Tableau 8

Analyse de Variance des Scores Obtenus à l'Échelle d'Attitudes Face au Sida selon l'Année de Recueil et le Sexe

Source de variation	dl	Carré Moyen	F	p
Effets principaux	2	1450,72	12,20	< .001
Année de recueil (AR)	1	1974,45	16,60	< .001
Sexe	1	935,23	7,86	< .001
Interaction: AR x Sexe	1	181,64	1,53	n. s.
Résiduel	190	118.94		
Total	193	132.37		

Ce tableau nous démontre que l'interaction année de recueil par sexe est non significative. Cela nous indique que le fait d'appartenir à un sexe dans une année n'influence pas particulièrement les attitudes de peur face au sida.

La figure 1 illustre, à l'aide des scores moyens obtenus à l'échelle d'attitudes face au sida, les changements des attitudes de peur en fonction du sexe et de l'année de recueil.

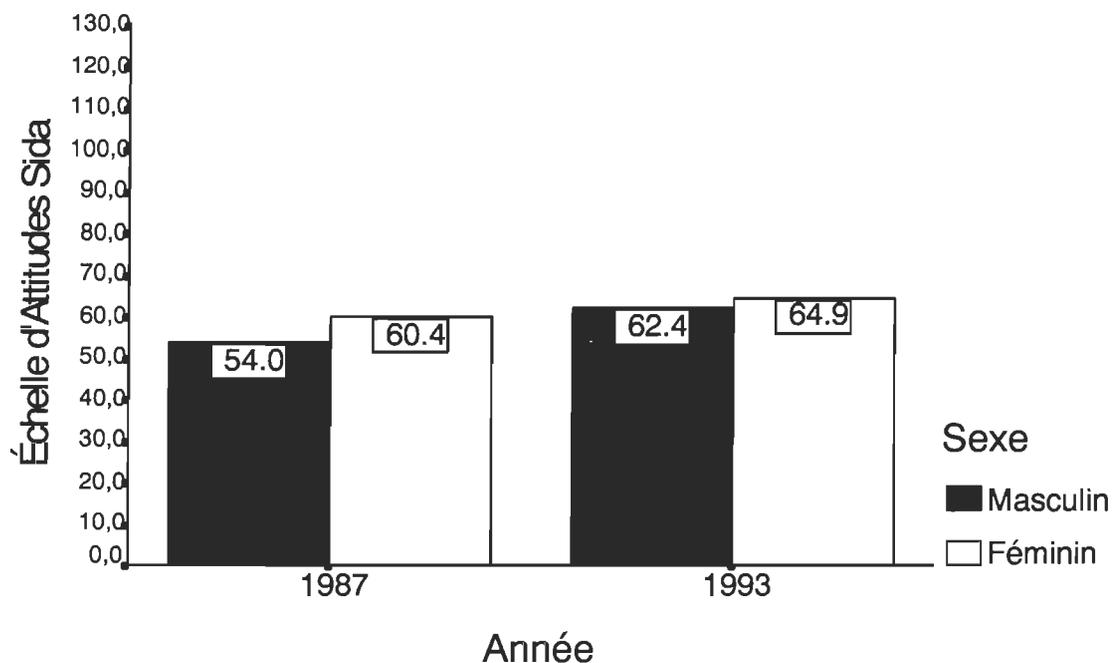


Figure 1. Score moyen obtenu à l'échelle d'attitudes face au sida selon l'année de recueil et le sexe

Le tableau 9 nous démontre l'influence du groupe d'âge sur les attitudes de peur face au sida.

Tableau 9

Analyse de Variance des Scores Obtenus à l'Échelle d'Attitudes Face au Sida selon le Groupe d'Âge

Source de variation	dl	Carré Moyen	F	P
Ensemble de l'échantillon	1, 192	211.85	1.61	n. s.
1987	1, 94	62.39	.495	n. s.
1993	1, 96	534.54	4.65	= .033

Les résultats du tableau 9 nous démontrent que pour l'ensemble des répondants le fait d'appartenir à un groupe d'âge n'influence pas le niveau d'attitudes envers le sida. Plus précisément, les scores à l'échelle d'attitudes face au sida des hommes et des femmes de 21-30 ans ne diffèrent pas de façon significative de ceux des hommes et des femmes de 31-40 ans face au sida. Les dispersions sont d'ailleurs identiques pour tous les groupes d'âge entre les deux années de recueil sauf pour les hommes de 21-30 ans (1987 de 22 à 30; 1993 de 21 à 29). Toutefois en 1993, les scores de répondants se distinguent selon le groupe d'âge auquel ils appartiennent ($p = .033$).

À la lumière des différents résultats présentés dans les tableaux précédents au sujet des attitudes face au sida, il est possible de conclure que les attitudes de peur face au sida se sont modifiées dans le temps. Ce constat infirme l'hypothèse de départ. Les attitudes de peur face au sida diffèrent selon

l'année de recueil et le sexe pour l'ensemble de l'échantillon. En particulier, selon le sexe pour l'année 1987, et selon le groupe d'âge pour l'année 1993. En résumé, les répondants de 1993 ont plus peur du sida et sont plus rejetants des personnes vivant avec le VIH/sida, comparativement à ceux de 1987.

Concernant l'évolution des connaissances face au sida, la deuxième hypothèse stipule que le niveau de connaissances face au sida est en 1993 supérieur à celui de l'échantillon de 1987. Le tableau 10 nous donne le score moyen, l'écart type et la dispersion obtenus au test de connaissances face au sida.

Tableau 10

Score Moyen, Écart Type et Dispersion Obtenus au Test de Connaissances Face au Sida

Année de recueil	Score Moyen	Écart Type	Dispersion
Ensemble de l'échantillon	18.96	3.20	9 - 25
1987	17.46	3.13	9 - 24
1993	20.44	2.53	14 - 25

Les résultats montrent que le niveau de connaissances en 1993 est plus grand que celui de 1987. De plus, la dispersion nous indique que les

répondants de 1993 ont des scores plus élevés en général concernant le niveau de connaissances face au sida. Le résultat de l'analyse de variance confirme que les répondants de 1993 ont significativement [$F(1, 192) = 53.50, p < .001$] plus de connaissances concernant le sida que ceux de 1987. Le niveau de connaissances n'est pas différent pour l'ensemble des sujets chez les hommes et chez les femmes. Il en est de même pour les deux années prises séparément [1987 $F(1, 94) = .034, p = n. s.$; 1993 $F(1, 96) = 1.03, p = n.s.$]. De plus, il n'y a pas de différence significative entre les groupes d'âge pour l'ensemble de l'échantillon et ce, pour chacune des années de recueil [1987 $F(1, 94) = .660, p = n.s.$; 1993 $F(1, 96) = 1.08, p = n.s.$].

La figure 2 qui suit illustre les résultats et permet de constater qu'il y a une augmentation du niveau de connaissances face au sida entre les deux années de recueil, mais on note qu'il n'y a pas d'interaction entre l'année de recueil et le sexe [$F(1, 190) = .61, p = n.s.$].

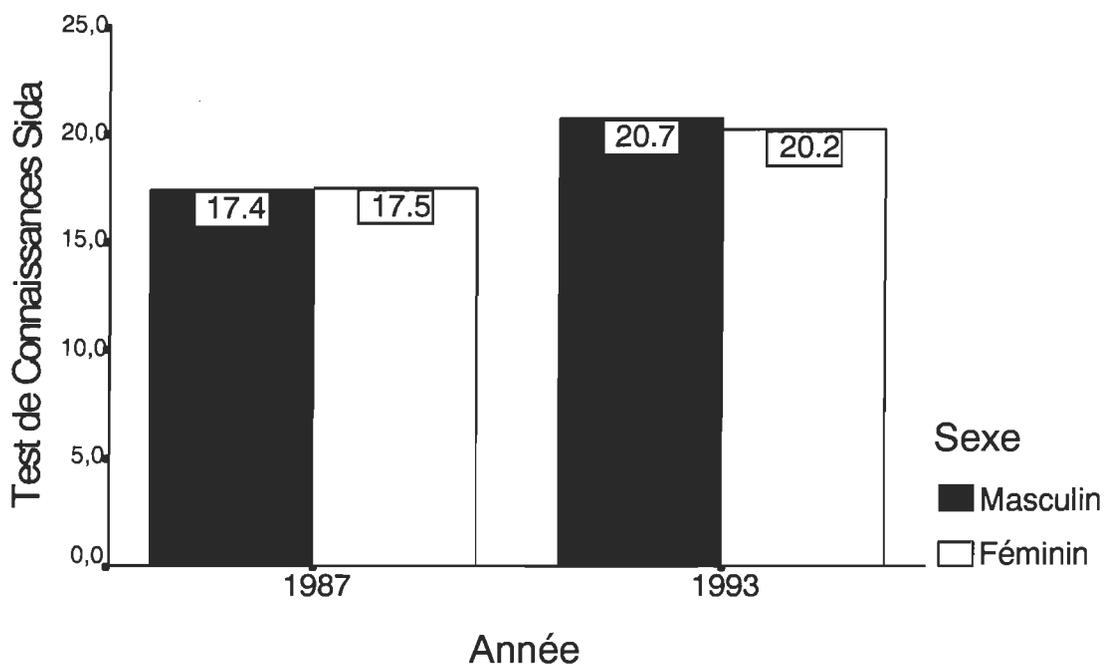


Figure 2. Score moyen obtenu au test de connaissances face au sida selon l'année de recueil et le sexe

La troisième hypothèse prédit des attitudes de rejet envers les homosexuels aussi grandes en 1993 qu'en 1987, et ce, indépendamment du sexe et de l'année de recueil. C'est à l'aide des scores moyens et de l'analyse de variance des scores obtenus à l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité, qu'il sera possible de vérifier cette hypothèse.

Le tableau 11 présente les scores moyens obtenus à l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité selon l'année de recueil.

Tableau 11

Score Moyen, Écart Type et Dispersion Obtenus à l'Échelle d'Attitudes Face à l'Homosexualité

Année de recueil	Score Moyen	Écart Type	Dispersion
Ensemble de l'échantillon	90.18	9.70	55 - 105
1987	90.51	9.61	62 - 105
1993	90.83	9.79	55 - 105

En observant les scores moyens, ce tableau indique que les attitudes envers les homosexuels entre les deux années de recueil semblent être sensiblement les mêmes. Afin de vérifier si ce faible écart entre les deux moyennes des deux années est significatif, une analyse de variance des scores obtenus à l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité selon l'année de recueil a été effectuée.

Les résultats démontrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux années de recueil [$F(1, 191) = .985, p = n. s.$]. Cela signifie que les attitudes envers les homosexuels entre 1987 et 1993 sont effectivement restées les mêmes. L'analyse des résultats permet de vérifier s'il y a une différence significative quant aux attitudes envers les homosexuels selon le sexe des

répondants. On peut conclure qu'il n'y a pas de différence [$F(1, 191) = .282, p = n. s.$] entre les scores des hommes et des femmes face à l'homosexualité, pour l'ensemble de l'échantillon. Ces résultats sont confirmés aussi bien en 1987 [$F(1, 94) = .000, p = n. s.$] qu'en 1993 [$F(1, 96) = .552, p = n. s.$].

La figure 3 illustre ce phénomène. Les scores moyens obtenus à l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité y sont présentés en fonction du sexe et de l'année de recueil. Le niveau d'homophobie est resté le même en 1993 comparativement à 1987.

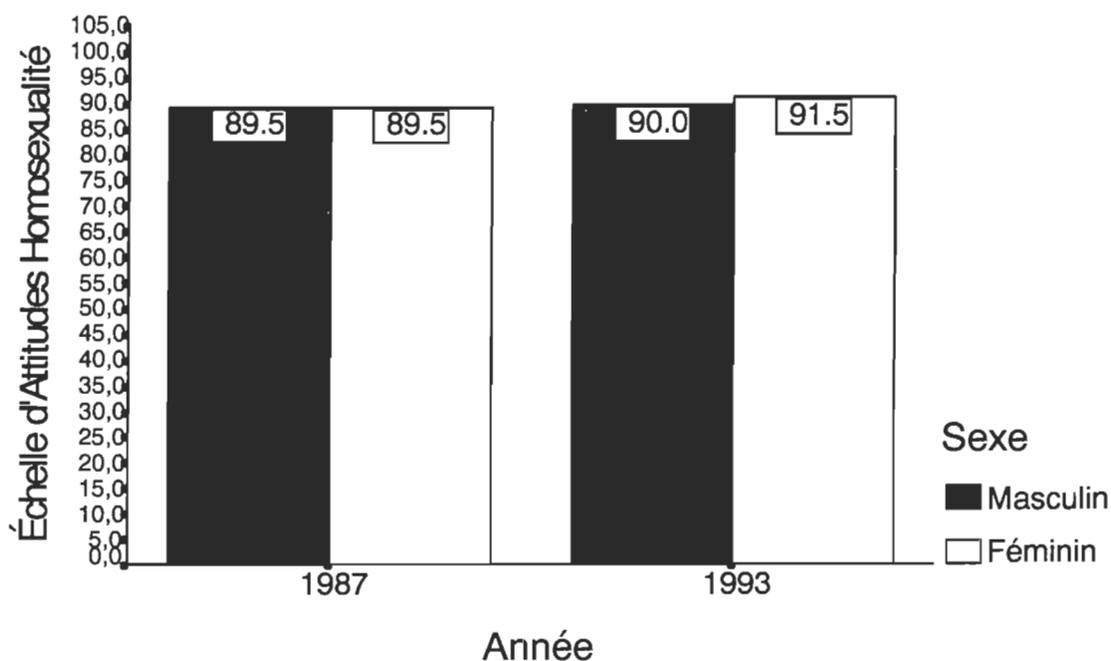


Figure 3. Score moyen obtenu à l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité selon l'année de recueil et le sexe

En détaillant, les analyses de variance démontre qu'il n'y a pas d'interaction significative entre l'année de recueil et le sexe [$F(1, 189) = .272, p = n. s.$]. De même, le groupe d'âge n'a aucun effet sur les scores d'attitudes face à l'homosexualité aussi bien en 1987 [$F(1, 93) = .001, p = n. s.$] qu'en 1993 [$F(1, 96) = .209, p = n. s.$]. Le fait d'appartenir au groupe d'âge des 21-30 ans ou à celui des 31-40 n'a donc aucun effet significatif sur les attitudes face à l'homosexualité.

Ces différents constats permettent de confirmer l'hypothèse de départ stipulant que les attitudes de rejet envers les homosexuels sont les mêmes en 1993 comparativement à 1987, et ce, indépendamment du sexe du groupe d'âge et de l'année de recueil.

Afin de vérifier la quatrième hypothèse stipulant que les hommes et les femmes n'ont pas modifié leurs habitudes en matière de sexualité entre 1987 et 1993, des analyses de Khi carré ont été effectuées sur les données concernant l'activité sexuelle et les moyens de contraception. De plus, une analyse de variance a été faite sur le nombre de partenaires sexuels en fonction du sexe et de l'année de recueil afin de vérifier si des modifications des habitudes sexuelles se sont opérées dans le temps.

Le tableau 12 présente la répartition de l'échantillon de 1987 et 1993 en fonction de l'activité sexuelle, à l'aide des réponses à la question "Étiez-vous sexuellement actif au cours des cinq dernières années?". Les données incluses dans le tableau 12 permettent de constater que les répondants ont été nombreux à avoir des activités sexuelles en 1993 et 1987. Par contre en 1987 seulement 1% de l'échantillon se disait inactif sexuellement comparativement à 14% pour 1993.

Tableau 12

Répartition de L'Échantillon selon l'Activité Sexuelle et l'Année de Recueil

Année de recueil	Actif(ve) ou non	n	%
1987	non	1	1
	oui	93	99
1993	non	14	14
	oui	84	86

$\chi^2 = 70.39$, dl = 6, p < .001.

Le tableau 13 décrit l'utilisation du condom en fonction de l'année de recueil et du sexe. On peut noter qu'il y a une augmentation de l'usage du

condom chez les hommes en 1993 comparativement à 1987 (9.0% de l'échantillon comparativement à 2,7%). Dans le même sens, la proportion des hommes n'utilisant aucun contraceptif a diminué de façon significative (15,4% comparativement à 8,5%) en 1993 versus 1987. Enfin, l'usage d'un contraceptif autre que le condom, chez les femmes est demeuré sensiblement le même entre 1993 et 1987.

Tableau 13

Usage du Condom selon l'Année de Recueil et le Sexe

Année de recueil	Sexe	Usage du condom		Contraceptif sans condom		Aucun contraceptif	
		n	%	n	%	n	%
1987	H	5	2.7	4	2.1	29	15.4
	F	6	3.2	39	20.7	10	5.3
1993	H	17	9.0	6	3.2	16	8.5
	F	6	3.2	35	18.6	15	8.0

$\chi^2 = 70.39$, dl = 6, p < .001.

Les deux tableaux qui suivent permettent de vérifier plus en profondeur les changements dans les habitudes sexuelles (nombre de partenaires) en

fonction du sexe et de l'année de recueil. Le tableau 14 nous donne le nombre moyen de partenaires sexuels selon l'année de recueil et le sexe tandis que le tableau 15 présente l'analyse de variance concernant ces données.

Tableau 14

Nombre Moyen de Partenaires Sexuels selon le Sexe et l'Année de Recueil

Année de recueil	Sexe	Moyenne	Écart type	n
1987	H	2.26	1.25	39
	F	1.74	.92	53
1993	H	1.93	.94	40
	F	1.40	.71	55

Le tableau 15 nous indique que le nombre moyen de partenaires sexuels a significativement diminué ($p < .001$) en 1993 comparativement à 1987, selon le sexe. De plus, l'interaction année de recueil par sexe (non significative) nous indique que l'effet de changement entre les deux années de recueil et entre les sexes, n'est pas uniquement dû à un sexe d'une année mais à l'ensemble des interactions année de recueil par sexe.

Tableau 15

Analyse de Variance des Résultats Obtenus à la Question Concernant le
Nombre de Partenaires Sexuels

Source de variation	dl	Carré moyen	F	P
Variance expliquée	3	5.91	6.53	< .001
Effets principaux	2	8.78	9.69	< .001
Année de recueil (AR)	1	5.08	5.61	< .019
Sexe	1	12.47	13.7	< .001
Interactions: AR x Sexe	1	< .001	< .001	n. s.
Résiduel	183	.906		
Total	186	.986		

Il découle de ces constats que l'hypothèse quatre concernant le maintien dans le temps des habitudes sexuelles en termes de protection face au VIH ne peut être retenue car les résultats démontrent une diminution dans le temps du nombre de partenaires sexuels (indépendamment du sexe), ainsi qu'une augmentation de l'utilisation du condom chez les hommes.

Afin de vérifier la cinquième et dernière hypothèse concernant les relations entre les différentes échelles et le test de connaissances, des corrélations de Pearson ont été effectuées sur l'échelle d'attitudes face au sida,

le test de connaissances face au sida et l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité. Le tableau 16 dresse un portrait des corrélations effectuées en fonction du sexe et de l'année de recueil.

Tableau 16

Corrélations de Pearson entre les Différentes Échelles d'Attitudes et au Test de Connaissances Face au Sida selon l'Année de Recueil

	1987		1993	
	Test Conn.	Att. Homo	Test Conn.	Att. Homo.
Att. Sida	.15 n. s.	-.17 n. s.	-.05 n. s.	-.23 p = .025
Att.Homo.	-.12 n. s.		.14 n. s.	

On constate pour les années de recueil 1987 et 1993 qu'il n'existe pas de corrélation significative entre l'échelle d'attitudes face au sida et le test de connaissances face au sida et entre le test de connaissances et l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité. Par contre, une corrélation négative significative ($r = -.23$, $p < .025$) est observée en 1993 entre l'échelle d'attitudes face au sida et l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité. Cette corrélation semblait en 1987 suivre la même tendance mais était non significative. La corrélation négative entre ces deux échelles démontre que plus les gens sont

homophobes plus ils ont peur du sida. En effet, un faible score à l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité indique un haut niveau d'homophobie et un haut score à l'échelle d'attitudes face au sida indique un haut niveau de sidaphobie. Le tableau 17 fait état des différentes corrélations entre les échelles et le test de connaissances selon le sexe et l'année de recueil.

Tableau 17

Scores Moyens aux Différentes Échelles d'Attitudes et au Test de Connaissances Face au Sida selon le Sexe et l'Année de Recueil

	1987		1993	
	Test Conn.	Att. Homo.	Test Conn.	Att. Homo
Hommes				
Att. Sida	.23 n. s.	-.34 p = .03	-.04 n. s.	-.32 p = .04
Att. Homo	.01 n. s.		.10 n. s.	
Femmes				
Att. Sida	.04 n. s.	.01 n. s.	-.04 n. s.	-.17 n. s.
Att. Homo	-.04 n. s.		.19 n. s.	

Pour les hommes, les corrélations de 1987 et de 1993 entre le test de connaissances et l'échelle d'attitudes face au sida sont restées sensiblement les mêmes. Les corrélations correspondantes restent non significatives chez les femmes, un suivi de cette question est souhaitable.

De ces constats, l'hypothèse cinq concernant une relation significative entre les deux échelles et le test de connaissances est partiellement confirmée. En effet, il y a une relation en 1993 entre l'échelle d'attitudes face au sida et l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité, chez les hommes.

Les tableaux 18 et 19 présentent des analyses complémentaires utiles à la compréhension de l'évolution des attitudes et des connaissances face au sida.

Tableau 18

Répartition de l'Échantillon selon la Connaissance d'une Personne Vivant avec le VIH/sida et l'Année de Recueil

Année de recueil	Connait ou non	n	%
1987	non	77	80
	oui	19	20
1993	non	59	60
	oui	39	40

$\chi^2 = 9.26$, dl = 1, p < .01

On peut remarquer que le nombre de répondants en 1993 qui connaissent une personne vivant avec le VIH/sida a doublé passant de 19 individus en 1987 à 39 individus en 1993. Le score moyen (64,38) à l'échelle d'attitudes face au sida des répondants de 1993 qui connaissent une personne atteinte du VIH/sida est plus élevé que celui des répondants qui ne connaissent pas une personne vivant avec le VIH/sida (63,49). Cependant cette différence est non significative ($\chi^2 = 41.13$; n. s.). De plus, le score moyen (20.05) au test de connaissances face au sida des répondants de 1993 qui connaissent une personne vivant avec le sida est plus faible que le score moyen (20.69) de ceux qui ne connaissent pas une personne atteinte de ce virus. Toutefois cette différence n'est pas significative ($\chi^2 = 9.56$; n. s.).

Le tableau 19 démontre que les scores moyens en 1993 à l'échelle d'attitudes face au sida des 21-30 ans sont plus élevés que ceux des 31-40 ans et ce, indépendamment du sexe.

Tableau 19

Scores Moyens Obtenus à l'Échelle d'Attitudes Face au Sida selon le Groupe d'Âge et le Sexe

	21-30 ans	31-40 ans
Homme	65.08	58.13
Femme	66.27	62.96

Cela dénote que les 21-30 ans ont des attitudes de peur plus grandes que les 31-40 ans. De plus dans chacun des groupes d'âge les femmes ont des scores plus élevés que les hommes.

Discussion

DISCUSSION DES RÉSULTATS

Ce chapitre a pour objet de commenter les résultats trouvés dans la présente recherche en fonction des hypothèses et des recherches antérieures. De plus ce chapitre expose les retombées de cette étude pour le domaine scientifique et pour le domaine de la psychologie clinique appliquée. Les forces et les faiblesses de cette recherche seront aussi présentées.

La discussion des résultats est basée sur l'analyse de l'évolution des attitudes et des comportements face au sida, entre 1987 et 1993. C'est à l'aide d'un échantillon d'étudiants en psychologie, de sexe masculin et féminin, d'orientation sexuelle hétérosexuelle et d'origine française que cette recherche a pu être réalisée.

La première l'hypothèse stipulait que les scores à l'échelle d'attitudes face au sida seraient moins élevés en 1993 qu'en 1987. Cette hypothèse n'a pas été confirmée. Au contraire, les répondants de 1993 ont plus peur du sida que ceux de 1987.

Les résultats de l'analyse de variance ont clairement démontré qu'il y a une différence significative entre les deux années de recueil. On remarque

qu'autant les hommes que les femmes ont un niveau de peur plus grand face au sida en 1993. Il est toutefois important de souligner qu'en 1987 le score des hommes est très différent de celui des femmes. Le niveau de peur des hommes est beaucoup plus bas en 1987 comparativement aux femmes. Par contre, en regardant les moyennes de l'année 1993, on remarque que cet écart a diminué considérablement, laissant toujours les hommes derrière les femmes en ce qui concerne les attitudes de peur face au sida. Cela signifie que les hommes ont, pour les deux années de recueil, moins peur du sida que les femmes. Toutefois, en 1993, les hommes même s'ils ont un peu moins peur du sida que les femmes, ont des scores qui se sont rapprochés de ceux des femmes en termes de peur du sida.

Ces résultats vont dans le même sens que ceux de McAleer et al. (1986) et de Chen et al. (1996) qui affirment que malgré un haut niveau de connaissances face au sida, les individus peuvent entretenir des attitudes négatives face aux personnes vivant avec le virus. McAleer et al. (1986) affirment même que de nouvelles acquisitions de connaissances concernant la maladie peuvent momentanément augmenter la peur face au VIH/sida. Les résultats de la présente recherche démontrent qu'effectivement les répondants ont un niveau de connaissances plus grand en 1993 comparativement à 1987,

ce qui peut justifier le fait que les individus soient en 1993 plus craintifs qu'en 1987 face au sida.

Les premiers cas de sida qui ont été répertoriés étaient des hommes homosexuels. Durant de nombreuses années, les médias ont ciblé ce groupe comme étant le vecteur principal de cette pandémie en Occident. Ce phénomène a durant longtemps permis aux hétérosexuels qui n'avaient pas de conduites sexuelles marginales de se sentir à l'abri de l'infection du VIH. Par contre, avec l'augmentation des connaissances concernant les modes de transmission du VIH la population hétérosexuelle n'a pu faire autrement que de se sentir, à son tour, visée par ce terrible virus. Ce n'est qu'au début des années 1990 que des campagnes de sensibilisation/prévention ont été adressées spécifiquement à des populations hétérosexuelles qui ne modifiaient pas leurs activités à risque. Ce groupe a été et est encore actuellement considéré à risque de contracter le VIH/sida au même titre que les homosexuels. Il est important de préciser que ce n'est pas le fait d'appartenir à un groupe qui augmente la probabilité d'être infecté par le VIH mais bien les activités à risque que l'individu exerce à l'intérieur du groupe auquel il appartient.

Ce constat permet de mieux comprendre le fait qu'en 1993, les attitudes de peur face au sida soient plus grandes comparativement à 1987, au sein d'une population d'étudiants hétérosexuels. Ayant plus été confrontée à la réalité du sida dans les années 1990, la population hétérosexuelle qui se sentait auparavant à l'abri du sida, a pu générer des attitudes de peur qui n'étaient pas présentes auparavant.

La deuxième hypothèse affirme que le niveau de connaissances concernant le VIH/sida est plus grand en 1993 qu'en 1987. En consultant les analyses de variance des différents scores obtenus au test de connaissances face au sida et en comparant les moyennes entre les deux années de recueil, il est possible d'affirmer que l'hypothèse deux est retenue. On note que le niveau de connaissances entre 1987 et 1993 a significativement augmenté et ce autant chez les hommes que chez les femmes.

Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Clif et Stears (1988), Roberts et al. (1994) et Rosenthal et al. (1996), qui utilisaient des échelles différentes de la présente recherche et de Albert (1990), Paquet (1993) qui ont utilisé le même instrument de mesure que dans notre étude. Tous démontrent que le niveau de connaissances face au sida augmente significativement dans le temps entre deux années de recueil. Les auteurs s'entendent donc pour dire

que le niveau de connaissances face au sida augmente au fil des ans dans la population en général. Nos résultats ainsi que les publications disponibles permettent ainsi d'affirmer que les campagnes de sensibilisation/prévention et la diffusion d'information par les médias concernant le VIH/sida font augmenter le niveau de connaissances des individus.

En reliant ce constat avec la première hypothèse concernant la peur du sida, il est possible d'expliquer le fait que les hommes aient des attitudes de peur qui se soient modifiées de façon significative entre 1987 et 1993. Comme nous l'avons vu précédemment, les hommes ont beaucoup plus peur du sida en 1993 qu'en 1987. L'écart entre leurs scores moyens de peur face au sida entre les deux années de recueil est beaucoup plus grand que celui des femmes. Il en est de même quant à leur niveau de connaissances. Ceci confirme les résultats de McAleer et al. (1986), qui mentionnent que l'acquisition de nouvelles connaissances concernant la maladie peut momentanément faire augmenter la peur. Il est donc possible de conclure que l'acquisition de nouvelles connaissances face au sida soit liée à une peur plus grande concernant cette maladie. Afin de vérifier ce constat, des recherches devraient se pencher sur l'impact qu'engendre les campagnes de sensibilisation/prévention en matière de VIH/sida sur les attitudes de peur. Ces campagnes ont pour but d'augmenter le niveau de connaissances face au sida,

cet objectif semble atteint. Il est toutefois possible de croire que ces campagnes, renforcent en même temps des attitudes de peur face au sida, notamment par la façon de transmettre l'information et par son contenu.

Concernant les attitudes face à l'homosexualité, la troisième hypothèse stipule que les attitudes face à l'homosexualité (homophobie) sont les mêmes pour l'échantillon de 1993 comparativement à 1987. Cette hypothèse a été confirmée à l'aide de l'analyse de variance des scores obtenus à l'échelle d'attitudes face au sida et à l'aide des comparaisons de moyenne. Ainsi en 1993 comparativement à 1987, les hommes autant que les femmes, de tous les groupes d'âge, conservent les mêmes attitudes envers les homosexuels. Ceci signifie que les étudiants de 1993 ne sont ni plus ni moins homophobes que ceux de 1987. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Clif et Stars (1988) qui affirment qu'il n'y a pas de changement au niveau des attitudes morales (homophobie) dans leur échantillon pour les deux années de recueil comparées.

Cette stabilité dans le temps face aux attitudes envers les homosexuels peut s'expliquer par le fait que les attitudes morales sont généralement acquises durant l'enfance et difficilement modifiables dans le temps.

La quatrième hypothèse prétend que les répondants n'ont pas modifié leurs habitudes en matière de protection dans leur sexualité entre 1987 et 1993. Cette hypothèse n'est que partiellement vérifiée car il y a un changement significatif pour l'ensemble de l'échantillon entre les deux années de recueil. En effet, les individus en 1993 sont moins actifs sexuellement qu'en 1987. En comparant les moyennes on constate que ce sont surtout les hommes qui ont réduit le nombre de partenaires sexuels durant les cinq dernières années comparativement aux femmes. De plus, on constate une augmentation significative de l'utilisation du condom chez l'homme en 1993. Par contre, la proportion d'hommes n'utilisant pas de contraceptif a diminué de façon significative en 1993 comparativement à 1987, ceci peut être mis en relation avec la diminution du nombre de partenaires sexuels des hommes et l'augmentation de l'utilisation du condom.

Ces constats nous indiquent que les étudiants de l'échantillon de 1993 se protègent plus qu'il y a 6 ans. Ces résultats sont des indicateurs plausibles d'une conscientisation du phénomène du sida et des risques de contamination par voie sexuelle. La peur et le niveau de connaissances plus élevé chez les hommes de 1993, peut justifier la réduction du nombre de partenaires sexuels et l'augmentation de l'usage du condom. Cette justification va dans le même sens que les résultats de Temoshock et al. (1987) qui affirment que les

changements de comportements se font en fonction de la menace et non pas en fonction de la perception du risque. Comme dit précédemment, la population hétérosexuelle est de plus en plus menacée par le risque de contamination du VIH/sida et les médias véhiculent au sein de la population des messages de peur. Le fait d'être mieux informé et de se sentir en danger semble avoir un impact sur la modification des comportements sexuels des étudiants de l'échantillon. Ils se protégeraient plus en 1993 par peur de contracter le virus du sida.

La dernière hypothèse, voulant qu'il y ait des relations significatives entre les variables étudiées (les attitudes face au sida, le niveau de connaissances et les attitudes face à l'homosexualité), est partiellement vérifiée car seulement une corrélation a été démontrée significative et négative entre l'échelle d'attitudes face au sida et l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité et ce, en 1993. Cette corrélation négative en 1993 est principalement attribuable à l'attitude des hommes envers les homosexuels. En 1987, elle n'était significative que lorsque l'on considérait les hommes de l'échantillon. Dans le cadre de cette recherche, une corrélation négative entre ces deux échelles signifie que plus les gens sont homophobes, plus ils ont peur du sida. La stabilité des scores à l'échelle d'attitudes face à l'homosexualité en 1987 et 1993 conjuguée au fait que les hommes ont rattrapé les femmes quant à la peur

face au sida montre que les populations, si elles ont plus peur du sida, ne sont pas pour autant moins homophobes.

De nombreux auteurs ont aussi constaté une relation entre l'échelle d'attitudes face au sida et celle face à l'homosexualité. Plus particulièrement, Gabay et Morisson (1985) indiquent une corrélation très significative entre l'homophobie et la sidaphobie ($p < .0001$). Ces résultats sont par la suite appuyés par Albert (1990), Paquet (1993), Roberts et al. (1994), Baylor et McDaniel (1996) et Fournier et al. (1997). Les résultats présentés ici tendent à confirmer ces conclusions en 1993 pour l'ensemble de l'échantillon et plus particulièrement chez les hommes de 1987 et 1993.

En résumé, les résultats globaux démontrent qu'en général les attitudes de peur et le niveau de connaissances face au sida sont plus grands en 1993 comparativement à 1987. On constate aussi que les hommes ont eu plus tendance à modifier leurs habitudes sexuelles que les femmes entre les deux années de recueil.

Impact Social de la Recherche

Peu de recherches se sont intéressées à l'évolution des attitudes face au sida. Les quelques recherches longitudinales ou transversales effectuées dans ce domaine diffèrent quant aux résultats obtenus. L'importance de persévérer dans ce domaine est primordiale afin d'établir des campagnes de sensibilisation/prévention adaptées aux différentes populations ciblées. La compréhension des attitudes face au sida et l'impact du niveau de connaissances et de l'homophobie sur la modification des activités à risques en lien avec le VIH/sida, doivent être étudiés plus en profondeur afin d'intervenir plus adéquatement au sein de la population.

La présente recherche permet de constater que les campagnes de sensibilisation/prévention semblent donner des résultats positifs au niveau de l'acquisition de nouvelles connaissances concernant le VIH/sida. Toutefois cette augmentation de connaissances ne semble pas modifier favorablement les peurs associées au sida et à l'homosexualité. La façon dont les médias diffusent l'information au sein de la population en général peut grandement influencer les attitudes morales face à cette problématique. Les groupes qui ont pendant longtemps été ciblés comme responsables de l'épidémie du sida ne doivent plus servir d'exemple lors de campagnes de sensibilisation/prévention

en matière de VIH/sida. Ce phénomène a un effet de renforcement des préjugés et génère des attitudes négatives envers les personnes vivant avec le VIH/sida. La documentation scientifique démontre l'importance d'être en contact avec une personne vivant avec le VIH/sida afin de démystifier les préjugés et de modifier les attitudes négatives envers ces personnes. Toutefois ce contact doit être significatif et dépasser le simple fait de croiser une personne vivant avec le VIH/sida. Il en est de même pour l'homophobie. Les recherches démontrent que les personnes moins homophobes sont celles qui ont une relation significative avec un homosexuel (camaraderie, échange interpersonnel,...). Dans ce sens, les campagnes de sensibilisation/prévention devraient, dans la mesure du possible, mettre en relation les groupes ciblés avec une personne vivant avec le VIH/sida, un homosexuel, un toxicomane, une prostituée ou même avec une grand-mère atteinte, un père de famille, un adolescent, etc. Cette proximité avec une personne vivant avec le VIH devrait, selon la littérature et selon la pratique, démystifier certains préjugés et faciliter les attitudes positives envers les personnes malades et les groupes dit à risque.

Cette recherche permet de mieux comprendre le phénomène des attitudes face au sida et ouvre la voie à d'autres recherches longitudinales ou transversales dans les domaines tant médicaux que psychosociaux.

Limites de la Recherche

La particularité de cette recherche, qui en fait en même temps sa richesse, vient du fait que l'auteur en plus d'avoir un cadre théorique, a la possibilité de travailler directement avec les personnes vivant avec le VIH/sida et les proches. Cette connaissance a permis de nuancer ou d'apporter des exemples concrets abondant dans le sens du cadre théorique et des hypothèses de recherches. Tout en étant une recherche de type quantitative il a été possible d'y joindre des données qualitatives (exemples de cas cliniques) qui ont coloré cette étude.

Toutefois cette recherche comporte des limites. Tout d'abord, sur le plan méthodologique, dans des conditions parfaites, le deuxième échantillon auquel le questionnaire a été administré (1993) aurait pu être composé des mêmes personnes que celui de la première année de recueil (1987). Dans ces conditions, les résultats auraient été d'une plus grande exactitude. Par contre, les chercheurs connaissent les difficultés de suivre le même échantillon sur une longue période. Pour ce faire le groupe de départ doit être très volumineux et souvent rémunéré afin de s'assurer que les individus répondent au questionnaire d'année en année, formant ainsi une cohorte. De plus les études longitudinales assurent difficilement l'anonymat aux participants. De ce fait les

individus pourraient avoir tendance à répondre de façon moins authentique au questionnaire. Dans la cadre de la présente recherche il aurait été difficile, selon l'optique d'une étude longitudinale, d'évaluer les mêmes sujets six ans après le premier recueil de données car leur statut d'étudiant, auquel nous sommes intéressés, se serait sûrement modifié dans le temps. La population de l'échantillon de recherche n'aurait donc pu être comparée. Entre autre si les participants avaient été les mêmes sujets pour les deux années de recueil ils auraient pu se renseigner sur le VIH/sida, être plus sensibilisés face aux personnes vivant avec le VIH/sida et avoir un plus haut niveau de connaissances. L'échantillon n'aurait donc plus été représentatif.

Afin de répondre aux critères d'appariement d'une étude transversale notre recherche aurait dû solliciter un nombre volumineux de répondants. Toutefois il est impossible, dans le cadre d'un mémoire de maîtrise, de trouver plus de 1000 sujets qui permettraient la comparaison d'un échantillon tout à fait équivalent au 96 sujets de la première année de recueil.

En ce qui a trait à l'instrument de mesure construit par Ionescu et Jourdan-Ionescu (1987), certaines questions pourraient être modifiées afin de s'adapter au langage actuel utilisé dans le domaine du VIH/sida. Par exemple au lieu de mère séropositive nous devrions dire mère vivant avec le VIH. De

plus les questions 17 et 18 concernant les méthodes contraceptives portent à confusion. Au lieu de demander "Utilisez-vous actuellement une méthode contraceptive?", la question devrait être "Utilisez-vous le préservatif lors de vos relations sexuelles?" car le but de cette question est de vérifier si les gens se protègent contre le sida lors de relations sexuelles. En particulier, pour les hommes il n'est pas évident qu'un préservatif est un moyen de contraception. Cette modification apporterait plus d'exactitude dans l'analyse des résultats.

Au niveau des analyses statistiques, il aurait été intéressant de mettre en lien un plus grand nombre de données socio-démographiques afin de mieux cerner les résultats aux différentes hypothèses présentées dans cette recherche. Un échantillon aux qualités socio-démographiques plus variées permettrait d'être plus proche de la population en général. Par exemple, des analyses plus approfondies en lien avec le niveau d'étude, les catégories d'âge, la connaissance ou non d'une personne vivant avec le VIH/sida, les problèmes de santé du répondant, la religion et l'état civil auraient peut être permis de mieux comprendre les attitudes et connaissances face au sida et face à l'homosexualité.

Conclusion

La présente recherche constitue une réplique partielle, portant sur des étudiants en psychologie, de l'étude de Ionescu et Jourdan-Ionescu (1989) et a comme objectif de vérifier si, six ans après, les attitudes face au sida se sont modifiées. La recherche a analysé, en relation avec le facteur temps, les modifications des attitudes face au sida et les relations de ces attitudes avec le niveau de connaissances et l'homophobie. De plus, cette recherche indique que les habitudes en matière de sexualité se sont modifiées dans le temps.

Afin de vérifier l'évolution des attitudes face au sida, 98 étudiants de l'Université Paris VIII (France), ont été sélectionnés en fonction de leur orientation sexuelle (hétérosexuelle), de leur sexe (homme, femme), leur programme d'étude (psychologie), de leur âge (21 à 30 ans et 31 à 40 ans) et de leur origine (française). Dans ces conditions, l'échantillon de 1993 répond aux mêmes critères de sélection que celui de Ionescu en 1987 (Ionescu et Jourdan-Ionescu, 1989) ce qui permet des comparaisons statistiques.

Les résultats de cette recherche établissent que la peur du sida en 1993 est plus grande qu'en 1987. Ces résultats révèlent que le facteur temps et la somme d'informations transmise par les médias concernant le sida ont eu un effet sur la peur face au sida chez les étudiants. Les hommes de 1987 avaient beaucoup moins peur du sida en 1987 que les femmes. En 1993, l'écart entre

la peur du sida des hommes par rapport aux femmes s'est rétréci, montrant que les hommes de 1993 sont maintenant plus craintifs. Le niveau de connaissances face au sida s'est aussi modifié entre les deux années de recueil. On note en 1993 pour l'ensemble de l'échantillon une plus grande connaissance face au sida. Les campagnes d'informations et la diffusion d'émissions spéciales télévisées au sujet du sida semblent avoir eu un impact positif sur le niveau de connaissances face au sida chez les étudiants français. En ce qui a trait aux attitudes envers les homosexuels, il n'y a pas de changement des attitudes d'homophobie entre les deux années de recueil et entre les sexes. Les habitudes en matière de sexualité se sont modifiées entre 1987 et 1993. On relève pour l'ensemble de l'échantillon une diminution du nombre de personnes qui sont sexuellement actives en 1993 comparativement à 1987. De plus il est intéressant de souligner que les hommes en 1993 utilisent significativement plus souvent le condom qu'en 1987.

Cette recherche a atteint ses objectifs et a permis d'établir différents constats concernant l'évolution des attitudes face au sida. Les résultats permettent d'entrevoir des avenues pour de futures recherches et permettent d'établir certaines bases pouvant aboutir à des plans d'intervention, de sensibilisation, de prévention et d'éducation au sein de la population en général.

Les recherches de type longitudinal et transversal dans les domaines des attitudes face au sida sont peu nombreuses et méritent d'être explorées davantage. En effet ce type de recherche permet de mieux comprendre les motivations intrinsèques qui poussent un individu sensibilisé et informé face au VIH/sida, à entretenir des attitudes négatives face aux personnes vivant avec le VIH/sida et continuer d'avoir des activités sexuelles à risques.

Les futures recherches de type transversal ou longitudinal devraient évaluer des concepts comme l'estime de soi, la perception du risque d'être contaminé, les préjugés véhiculés et l'impact du contenu des messages transmis par les médias au sein de la population. Ces analyses permettraient d'identifier des nouveaux moyens d'éducation et de sensibilisation face au sida, et ce, dans le but ultime de réduire le nombre de personnes qui se contaminent quotidiennement par le virus du sida.

Références

- Ajzen, I. (1996). Attitudes. In R. J. Corsini & A. J. Auerbach (Éds.), *Concise encyclopedia of psychology* (2e éd.) (pp. 75-76). New-York: John Wiley & Sons.
- Alary, M. (1995). L'épidémiologie et les modes de transmission. In C. Olivier, J. Robert & R. Thomas (Éds), *Le sida* (pp. 3-44). Montréal: Association des médecins de langue française du Canada.
- Albert, L. (1990). *Étude des modifications dans le temps des attitudes face au sida*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. In C. Murchison (Éd.), *Handbook of social psychology* (Vol. 2). Worcester, MA: Clark University Press.
- Allport, G. W. (1967). *Introduction of social psychology*. New York: Russel et Russel.
- Allport, G. W. (1968). The historical background of modern social psychology. In G. Lindzey & E. Aronson (Éds), *The handbook of social psychology*, (2e éd.). Reading, MA: Addison Wesley.
- Allport, G. W. (1969). The historical background of modern social psychology. In G. Lindzey & E. Aronson (Éds), *The handbook of social psychology*, (Vol. 1), (2e éd.). Reading, MA: Addison Wesley.
- Bagley, C., & Tremblay, P. (1996, Juillet). *On the prevalence of homosexuality and bisexuality, and recent depression in a random community survey of 750 men aged 18 to 27*. Document inédit, Université de Calgary.
- Beaulieu, R. (1995). Les aspects fondamentaux du VIH. In C. Olivier, J. Robert & R. Thomas (Éds), *Le sida* (pp. 81-95). Montréal, Québec, Canada: Association des médecins de langue française du Canada.
- Beazley, R. P., Warren, W. K., Wright, N. P., & King, A. J. (1996, Juillet). *The effects of a sexuality/AIDS/STD educational program on knowledge, attitudes and behaviours of Canadian grade 9 students: 2nd phase of a 3-year study*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.

- Beltran, E. D., Ostrow, D. G., & Joseph, J. G. (1993). Predictors of sexual behavior change among men requesting their HIV-1 antibody status: The Chicago MACS/CCS cohort of homosexual/bisexual men, 1985-1986. *AIDS Education and Prevention*, 5(3), 185-195.
- Beverley, G., Hart, J. E., & Hein, D. (1996, Juillet). *Complementary approaches in prevention: using homophobia and grief workshops for HIV-negative gay men*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Biddlecom, A. E., LeClere, F. B., Hardy, A. M., & Hendershot, G. E. (1992). National study of knowledge of AIDS, testing patterns, and self-assessed risk among health care workers. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 5, 1131-1136.
- Blanchet, K. D. (1989, Juin). Mesurion nursing knowledge about AIDS. New test boon for staff development instructors. *AIDS Patient Care*, pp. 21-23.
- Bloch, H., Chemama, r., Gallo, A., Leconte, P., Le Ny, J.-F., Postel, J., Moscovici, S., Reuchlin, M., & Vurpillot, É. (Éds). (1991). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris: Larousse.
- Bochow, M., & Schiltz, M.-A. (1996, Juillet). *Reactions of gay men to condom use in France and Germany*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Bourdelais, P. (1989). Contagions d'hier et d'aujourd'hui. *Sciences sociales et santé*, VII(1), 7-20.
- Bourdelais, P., & Raulot, J-Y. (1987). *Une peur bleue: histoire du choléra en France 1832-1854*. Paris: Payot.
- Bouton, R. A., Gallaher, P. E., Garlinghouse, P. A., Leal, T., Rosenstein, L. D., & Young, R. K. (1987). Scales for measuring fear of AIDS and homophobia. *Journal of Personality Assessment*, 51, 606-614.

- Campos-Lopez, P. I., Martinez-Lopez, J., Doaz-Camarena, A., Avalos-Huizar, P., Lopez-Marquez, F. C., Sierra-Quevedo, J., & Vasquez-Valls, E. (1996, Juillet). *Developing HIV/AIDS education and training program to target groups from Jalisco, Mexico*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Catalla, R. (1996, Juillet). *HIV/AIDS awareness among filipino overseas contract workers (OCW)*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Chen, W., Wan-Fu, Z., & Kong-Lai, Z. (1996, Juillet). *A KABP (Knowledge, Attitude, Belief and Practice) study on AIDS among medical staff in Shandong, China*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Cliff, S. M., & Stears, D. F. (1988). Beliefs and attitudes regarding AIDS among British college students: a preliminary study of change between November 1986 and May 1987. *Health Education Research, Theory and Practice*, 3(1), 75-88.
- Connor, E. M., Sperling, R. S., Gelber, R., Kiselev, P., Scott, G., O'Sullivan, M. J., VanDyke, R., Bey, M., Shearer, W., Jacobson, R. L., Jinimez, E., O'Neil, E., Bazin, B., Delfraissy, J.-F., Culnane, M., Coombs, R., Elkins, M., Moye, J., Stratton, P., & Balsley, J. (1994). Reduction of maternal - Infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *The New England Journal of Medecine*, 331(18), 1173-1180.
- Corsini, R. J., & Auerbach, A. J. (Éds). (1996). *Concise encyclopedia of psychology* (2e éd.) (pp. 72-77). New-York, N-Y: John Wiley & Sons.
- Crawford, I. (1990) Attitudes of undergraduate college students toward AIDS. *Psychological Reports*, 66, 11-16.
- Crosier, A. (1996, Juillet). *National HIV prevention for gay and bisexual men in the UK 1987-1995*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Delfraissy, J.-F. (1994). Mécanismes et traitements préventifs de la transmission périnatale. *Le journal du sida*, 64/65, 4-9.

- Delumeau, J., & Lequin, Y. (1987). *Les malheurs des temps: histoire des fléaux et des calamités en France*. Paris: Librairie Larousse.
- de Montigny, J. (1995). Les aspects psychologiques. In C. Olivier, J. Robert & R. Thomas (Éds), *Le sida* (pp. 507-534). Montréal, Québec, Canada: Association des médecins de langue française du Canada.
- D'Eramo, A. L., & Brand, F. (1993, Février). Attitudes toward HIV testing. A Correlational study. *AIDS Patient Care*, pp. 30-37.
- Dhooper, S. S., Royse, D. D., & Tran, V. T. (1988). Social work practitioners' attitudes towards AIDS victims. *The Journal of Applied Social Sciences*, 12(1), 107-123.
- Douglas, C. J., Kalman, C. M., & Kalman, T. P. (1985). Homophobia among physicians and nurses: an empirical study. *Hospital and Community Psychiatry*, 36(12), 1309-1311.
- Doutrelepont, F. (1992, Janvier). *L'homophobie versus la crainte du sida*. Communication présentée au 2e colloque sur le sida de Sidaction, Trois-Rivières.
- Doutrelepont, F. (1995, Novembre). *La communication inconsciente chez les personnes infectées ou affectées par le VIH/sida*. Communication présentée au XIe colloque annuel du groupe de recherche et d'intervention en communication, Montréal.
- Doutrelepont, F. (1996a, Mai). *La mort et le mourir chez l'enfant infecté ou affecté par le VIH/sida*. Communication présentée au 64e congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, Montréal.
- Doutrelepont, F. (1996b). L'envers du décor: l'impact du VIH/sida chez l'intervenant psychosocial. *Sida: réalités*, IX(3), 12.
- Doutrelepont, F. (sous presse). Intégration des enfants infectés ou affectés par le VIH/sida dans le système scolaire. *Sida, jeunesse et prévention; au-delà du discours des actions*, actes du 64e congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement de sciences.
- Dupras, A., Lévy, J., Samson, J.-M., & Tessier, D. (1989). *La sexualité des Montréalais et le SIDA*. Montréal: Éditions IRIS.

- Dusenbury, L., Botvin, G. J., Baker, E., & Laurence, J. (1991). AIDS risk knowledge, attitudes, and behavioral intentions among multi-ethnic adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 3(4), 367-375.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Elliott, L., Parida, S. K., & Gruer, L. (1992). Differences in HIV-related knowledge and attitudes between Caucasian and 'Asian' men in Glasgow. *AIDS Care*, 4(4), 389-393.
- Faltermeyer, T. S. (1990, Décembre). Nursing knowledge about AIDS in the United Kingdom. *AIDS Patient Care*, pp. 39-40.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, IL: Row, Peterson.
- Festinger, L. (1968). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Fishbein, M. (1963). An investigation of the relationship between beliefs about an object and attitudes toward that object. *Human Relations*, 16, 233-239.
- Fishbein, M. (1967). *Reading in attitude theory and measurement*. New York: John Wiley and sons.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Froman, R. D. & Owen, S. V. (1997). Further validation of the AIDS Attitude Scale. *Nurs Health*, 20(2), 161-167.
- Furnham, A. (1992). Relationship between knowledge of and attitudes towards AIDS. *Psychological Reports*, 71, 1149-1150.
- Gabay, E. D., & Morrison, A. (1985). *AIDS-phobia, homophobia and locus of control*. Communication présentée à l'American Psychological Association, Los Angeles.
- Gariépy, A., & Bertrand, I. (1989). *Le SIDA et les jeunes*. Québec: Fides (Collection vie, santé et valeurs).

- Gergen, K. J., & Gergen, M. M. (1981). *Psychologie sociale*. New-York: Harcourt Brace Jovnovich, Inc.
- Gillispie, L. C., & Davis, B. A. (1996). Attitudes of nurses caring for HIV/Aids patients. *AIDS Patient Care*, 10(5), 292-295.
- Goodjoin, R. B., Johmson, M. P., Mastoris, A. T., English, A., & Goldberg, A. M. *A training program for adolescents in HIV prevention communication skills; participation of celebrity athletes, results, aand factors associated with positive change*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Goodwin, M. P., & Roscoe, B. (1988). AIDS: student' knowledge and attitudes at a Midwestern University. *Journal of American College Health*, 36, 214-222.
- Gray, L. A. (19960, Juillet). *Knowledge, attitudes and beliefs about HIV/AIDS among women students at an Indian university*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Greenwald, A. G. (1968). On defining attitude and attitude theory. In *Social Psychology*. A series of monographs, treatises, and texts. New York and London: Academic Press.
- Grmek, M. D. (1989). *Histoire du sida*. Paris: Payot (Médecine et Sociétés).
- Guérin, A. (1994). Le désir de l'enfant, otage du discours social. *Le journal du sida*, 64/65, 30-32.
- Halpern, C., Rodrigue, J. R., Boggs, S. R., & Greene, A. F. (1993, Octobre). Attitudes toward individuals with HIV: A comparison of medical staff, nurses, and students. *AIDS Patient Care*, pp. 275-279.
- Hankins, C. (1995). Les femmes. In C. Olivier, J. Robert & R. Thomas (Éds), *Le sida* (pp. 409-422). Montréal, Québec, Canada: Association des médecins de langue française du Canada.
- Hansen, G. L. (1982). Measuring prejudice against homosexuality (homosexism) among college students: a new scale. *The Journal of Social Psychology*, 117, 233-236.

- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New-York: John Wiley and Sons.
- Hovland, C. I., & Pritzker, H. A. (1957). Extend of opinion change as a function of amount of change advocated. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 54, 257-261.
- Insko, C. A. (1967). *Theories of attitude change*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ionescu, S. (1989). Psychologie et sida: état de la question. *Psychologie Française*, 34(2/3), 111-126.
- Ionescu, S., & Jourdan-Ionescu, C. (1989). La peur du sida: faits établis sur différents échantillons de population et nouvelles recherches. *Psychologie Française*, 34, 153-170.
- Ionescu, S., Jourdan-Ionescu, C., Mesmin, C., & Pageau, D. (1993). Attitudes et connaissances concernant le sida: étude réalisée auprès des membres du personnel des écoles maternelles et primaires et de parents d'enfants fréquentant ces écoles. *Psychologie et éducation*, 15, 49-62.
- Jager, H. (1988). *AIDS Phobia Disease Pattern and Possibilities of Treatment*. New York: Ellis Horwood Limited.
- Jager, H. (1988). *Aids and aids risk patient care*. Angleterre: Ellis Horwood Limited.
- Jemmott, L. S., Jemmott, J. B., & Cruz-Collins, M. (1992). Predicting AIDS patient care intentions among nursing students. *Nursing Research*, 41, 172-177.
- Jitsingh, Dr. (1996, Juillet). *Change in AIDS-related knowledge and attitudes among participants in an HIV/AIDS education program*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Jourdan-Ionescu, C., & de La Robertie. (1989). Interrogations que pose au clinicien le sida. *Psychologie Française*, 34(2/3), 127-144.

- Jourdan-Ionescu, C., Ionescu, S., & Doutrelepon, F. (1993, Novembre). *Étude longitudinale d'enfants infectés par le VIH: comparaison de données anthropométriques et développementales à 19 mois d'intervalle*. Communication présentée à la Société Québécoise pour la recherche en Psychologie, Québec.
- Junod, P. (1993). *Données comportementales sur les hommes homosexuels et bisexuels*. Communication présentée à la Conférence IXe Conférence Internationale sur le sida/IVe Congrès Mondial sur les MTS, Berlin, Allemagne.
- Junod, P. (1997, Mars). *Les nouveaux traitements du VIH/sida*. Communication présentée au Lundi du Comité pour les Personnes Vivant avec le VIH, Montréal, Canada.
- Kalichman, S. C., & Hunter, T. L. (1992). The disclosure of celebrity HIV, Infection: its effects on public attitudes. *American Journal of Public Health*, 82(10), 1374-1376.
- Kasirye, S. W., Sentumbwe, S., Lubowa, D., Nakkazi, D., & Sebuliba, M. (1996, Juillet). *Condom use and HIV/AIDS related knowledge (A case study of Makerere university students)*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Katz, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. *Public Opinion Quarterly*, 24, 163-204.
- Katz, D., & Stotland, E. (1959). A preliminary statement to a theory of attitude structure and change. In S. Koch (Éd.), *Psychology: Study of a Science* (Vol. 3). New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Katz, I., Hass, R. G., Parisi, N., & Astone, J. (1987). Lay people's and health care personnel's perceptions of cancer, AIDS, cardiac and diabetic patients. *Psychological Reports*, 60, 615-629.
- Kelly, J. A., Kalichman, S. C., & Rompa, D. J. (1996, Juillet). *Outcomes of a randomized intervention trial to promote HIV risk reduction behavior change maintenance in an ethnically-diverse cohort of gay and bisexual men*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.

- Kelly, J. A., St.Lawrence, J. S., Smith, S., Jr., Hood, H. V., & Cook, D. J. (1987). Medical students' attitudes towards AIDS and homosexual patients. *Journal of Medical Education*, 62, 549-556.
- King, J. C., Beazley, R. P., Warren, W. K., Hankins, C. A., Robertson, A. S., & Radford, J. L. (1989). Étude sur les jeunes Canadiens face au sida. *Publication officielle*, Kingston, Ontario: University Queen's.
- Kite, M. E., & Deaux, K. (1986). Attitudes toward homosexuality: Assessment and behavioral consequences. *Basic and Applied Social Psychology*, 7, 137-162.
- Kooperman, L. (1994, Juin). A survey of gay and bisexual men age 50 and older. AIDS related knowledge, attitude, belief, and behavior. *AIDS Patient Care*, pp. 114-117.
- Lafrenaye, Y. (1994). Les attitudes et le changement des attitudes. In Robert J. Vallerand (Éd.), *Les fondements de la psychologie sociale* (pp. 328-405). Boucherville, Québec, Canada: Gaëtan Morin Éditeur.
- Lagarde, E., Pison, G., & Enel, C. (1996, Juillet). *Change in knowledge and attitudes towards aids and in sexual behavior in a rural area of senegal*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Lagrange, H. (1995, Avril). *Sexual behavior of youth (ages 15-18) in France*. Document inédit, Conseil National du sida, Paris, France.
- Larsen, K.S., Serra, M., & Long, E. (1990). AIDS victims and heterosexual attitudes. *Journal of Homosexuality*, 19(3), 103-115.
- Li, V. C., Cole, B. L., Zhang, S. Z., & Chen, C. Z. (1993). HIV-related knowledge and attitudes among medical students in China. *AIDS Care*, 5(3), 305-312.
- Luizi, G., Ragno, L., & Aiuti, F. (1996, Juillet). *The importance of mass media role to prevent HIV-1 diffusion in Italy*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.

- Massari, V., Retel, O., Szecsenyi, J., & Zvalleron, A. J. (1996, Juillet). *French general practitioners and management of HIV infection: Evolution between 1988 and 1994*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- McAleer, J. J. A., Cunningham, S. R., Dickey, W., Burrows, D., & Callender, M. E. (1986). Attitudes to and knowledge about the acquired immune deficiency syndrome: lack of a correlation. *British Medical Journal*, 293, 1212.
- McGuire, W. J. (1972). Attitudes and change: The information-processing paradigm. In C. G. McClintock (Éd.), *Experimental social psychology* (pp.108-141). New-York: Random House.
- McGuire, W. J. (1985). Attitudes and attitude change. In G. Lindzey & E. Aronson (Éds), *Handbook of social psychology* (Vol. 2), (3e éd.) (pp. 233-346). New York: Random House.
- Morgan, K. J., & Treadway, J. (1989, Octobre). Surveying nursing staff's attitudes about AIDS. *AIDS Patient Care*, pp. 34-38.
- Morton, A., & McManus, I. (1986). Attitudes to our knowledge about the Acquired Immune Deficiency Syndrome: lack of correlation. *British Medical Journal*, 293, 1212.
- Mota, M., Parker, R., Terto, V., Almeida, V., Galvao, J., Fernandes, M. E. L., & Vieira, E. M.. (1996, Juillet). *Sexual behavior and behavior change among men who have sex with men in Brazil, 1989-1995*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Murphy, G., Murphy, L., & Newcomb, T. (1937) *Experimental Social Psychology*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Nozu, Y., Wanatabe, M., & Iwai, K. (1996, Juillet). *Relationship between knowledge and attitude about AIDS among high school students and teachers in Akita prefecture (Japan)*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.

- Ole-Kingori, N., Mnyika, K. S., & Klepp, K. I. (1996, Juillet). Aids knowledge and risk perceptiooon in the general population: Results from population-based surveys in Arusha, Tanzania. Communication présentée à la Xle Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Olivier, C. (1995). L'évolution, la classification et le suivi clinique de l'infection par le VIH. In C. Olivier, J. Robert & R. Thomas (Éds), *Le sida* (pp. 45-62). Montréal, Québec, Canada: Association des médecins de langue française du Canada.
- Olivier, C., Robert, J., & Thomas, R. (Éds.). (1995). *Le sida*. Montréal, Québec, Canada: Association des médecins de langue française du Canada.
- Olivier, C., & Thomas, R. (1995). Le test. In C. Olivier, J. Robert & R. Thomas (Éds), *Le sida* (pp. 63-80). Montréal, Québec, Canada: Association des médecins de langue française du Canada.
- Oskamp, S. (1977). *Attitudes and opinions*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall.
- Ostrom, T. ((1996). Attitude theory. R. J. Corsini & A. J. Auerbach (Éds), *Concise Encyclopedia of Psychology* (2e éd.) (pp. 73-75). John Wiley & Sons.
- Paillard, J. (1961). Les attitudes dans la motricité. *Les attitudes* (pp. 7 - 31). Symposium de l'Associatioon de psychologie scientifique da la langue française, Paris: Presses Universitaires de France.
- Paquet, J. (1993). *L'évolution des attitudes face au sida*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Penner, L. A. (1986). *Social Psychology Concepts and applications*. United States: West Publishing company.
- Penrod, S. (1986). *Social psychology*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Pettigrew, T. F. (1969). Racially separate or together? *Jouranl of Social Issues*, 25, 43-69.

- Petty, C. W., & Cacioppo, J. T. (1983). Central and peripheral routes to persuasion: Application to Advertising. In L. Percy & A. Woodside (Éds), *Advertising and Consumer Psychology* (pp. 3-23). Lexington Books.
- Petty, C. W., Cacioppo, J. T., & Schumann, D. (1983). Central and peripheral routes to advertising effectiveness: The moderating role of involvement. *Journal of Consumer Research*, 10, 135-146.
- Porter, S. B. (1993). Public knowledge and attitudes about AIDS among adults in Calcutta, India. *AIDS Care*, 5(2), 169-176.
- Price, J. H., Desmonds, S., & Kukulka, G. (1985). High school students' perceptions and misperceptions of AIDS. *Journal of School Health*, 55(3), 107-109.
- Reader, R., Custer, J., Tyahla, L., & Skowronek, M. (1993, Juin). Spouses of nurses and their attitudes about AIDS. *AIDS Patient Care*, pp. 157-160.
- Richter, D. L., Stoskopf, C. H., Samuels, M. E., Baker, S. L., Shi, L., & Sy, F. (1995, Juin). Nurses' perceptions of barriers to care of HIV/AIDS patients. Implication for continuing education. *AIDS Patient Care*, pp. 121-126.
- Roberts, C., Blakey, V., & Smith, C. (1994). Changes in public knowledge and attitudes to HIV/AIDS in Wales, 1987 to 1992. *AIDS Care*, 6(4), 413-421.
- Robertson, B. J., & McQueen, D. V. (1994). Perceived risk of becoming infected with HIV by donating blood and changes in reported blood donation practice among the Scottish general public 1989-1992. *AIDS Care*, 6(4), 435-442.
- Rogers, R. W., & Mewborn, C. R. (1976). Fear appeals and attitudes change: Effects of a threat's noxiousness, probability of occurrence, and the efficacy of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 54-61.
- Roscoe, B., & Kruger, T. L. (1990). AIDS: late adolescents' knowledge and its influence on sexual behavior. *Adolescent*, 25(97), 39-48.

- Rosenberg, M. J. (1960). An analysis of affective-cognitive consistency. In M. J. Rosenberg, C. I. Hovland, W. J. McGuire, R. P. Abelson & J. W. Brehm (Eds.), *Attitude organization and change: An analysis of consistency among attitude components* (pp. 15-64). New Haven, CT: Yale University Press.
- Ross, M. W. (1988). Components and structure of attitudes towards AIDS. *Hospital & Community Psychiatry*, 39(12), 1306-1308.
- Rouzioux, C. (1994). Quand et comment l'infection se transmet-elle de la mère à l'enfant? *Le journal du sida*, 64/65, 10-11.
- Royce, D., & Birge, B. (1987). Homophobia and attitudes towards AIDS patients among medical, nursing, and paramedical students. *Psychological Reports*, 61, 867-870.
- Ruffié, J., & Sournia, J. C. (1984). *Les épidémies dans l'histoire de l'homme*. Paris: Flammarion.
- Ryland, L. M., & Shields A. (1996, Juillet). *Changes and utilization of AIDS inpatient care in Washington State, 1993-1994*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Salter Goldie, R., DeMatteo, D., King., S. M., Wells, L. M., Aykroyd, G., Bennett, C., Brownlow, M., Doutrelepont, F., Harrison, C., Ingebrigtsen, K., Miller, W., Modrowsky, B., Montambault, L., Pottier, B., Scheckter, I., Snow, B., St. Pierre, R., Stevenson, D., Tataryn, K., & Vibien, M. (1996). Children born to mother with HIV/AIDS. *The Social Worker*, 64(4), 55-66.
- Samuel, A. (1996, Juillet). *Community participation and AIDS prevention in Nigeria*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Samson, P., Doutrelepont, F., & Cardin, P. (1993) *Manuel info sida*. Montréal: Comité Sida Aide Montréal.
- Schwanberg, S. L. (1990). Attitudes towards homosexuality in american health care literature 1983-1987. *Journal of Homosexuality*, 19(3), 117-138.
- Seltzer, R. (1993). AIDS, Homosexuality, public opinion, and changing correlates over time. *Journal of Homosexuality*, 26(1), 85-97.

- Shaver, F. M., & Newmeyer, T. (1996, Mai). *Men who have sex with men: a comparison of the sexual practices and risk-taking behaviour of gay and bisexual men and male prostitutes*. Communication présentée au 64e congrès de l'ACFAS, Montréal, Québec, Canada.
- Sherif, M., & Sherif C. W. (1967). Attitude as the individual's own categories: The social judgment-involvement approach to attitude and attitude change. In Sherif et Sherif (Éds), *Attitude, Ego-involvement and Change* (Chapitre 7). Ney York: Wiley.
- Sigelman, C. K., Miller, A. B., & Derenowski, E. B. (1993). Do you believe in Magic? The impact of "Magic" Johnson on adolescents' AIDS knowledge and attitudes. *AIDS Education and Prvention*, 5(2), 153-161.
- Silva, R. C. (1996, Juillet). *Knowledge, attitudes, beliefs and practice (KABP) about aids among adolescents*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Simkins, L., & Eberhage, M. G. (1984). Attitudes towards AIDS, Herpes II, and Toxic Shock Syndrome. *Psychological Reports*, 55, 779-786.
- Simkins, L., & Kushner, A. (1986). Attitudes towards AIDS, Herpes II, and Toxic Shock Syndrome, two years later. *Psychological Reports*, 59, 883-891.
- Singer, E., Rogers, T. F., & Glassman M. B. (1991). Public opinion about AIDS before and after the 1988 U.S. government public information campaign. *Public Opinion Quartely*, 55, 161-179.
- Sircar Amulya, R., Gupta, S. C., Sharma, M., Sialy, S., & Nityanand, S. (1996, Juillet). *Reliability of assessment of attitudes about HIV/AIDS and its correlation with knowledge among senior medical students*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Smith, M. B., Bruner, J. S., & White, R. W. (1956). *Opinions and personality*. New-York: John Wiley and Sons.

- Sorensen, J. L., Miller, M., Dilley, J., Delucchi, K., Piotrowski, N., & Okin, R. L. (1996, Juillet). *HIV risk behavior and stages of change*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Sowell, R. L., Seals, B. F., & Cooper, J. A. (1996). HIV transmission knowledge and risk behaviors of persons with HIV infection. *AIDS Patient Care*, 10(2), 111-115.
- Surrat, H. L., Inciardi, J. A., & Telles, P. R. (1996, Juillet). *HIV risk among transvestites and other men who have sex with men in Rio de Janeiro*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Temoshok, L., Sweet, D. M., & Zinck, J. (1987). A three city comparison of the public's knowledge and attitudes about AIDS. *Psychology and Health*, 1(1), 43-60.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- Wright, M. (1996, Juillet). *Safer sex and HIV: Developing new paradigms for prevention*. Communication présentée à la XIe Conférence Internationale du sida, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
- Zanna, M. P., & Rempel, J. K. (1988). Attitudes: A new look at an old concept. In D. Bar-Tal & A. W. Kruglanski (Éds), *The social psychology of knowledge* (pp. 315-334). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ziegler, J. L. (1990). Kaposi's Sarcoma: Introduction and Overview. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. New York: Raven Press Ltd, (Supp. 1), S1-S3.

Appendices

Appendice A

Conditions cliniques associées au sida

Conditions cliniques associées au Sida

1. Pneumonie à *Pneumocystis carinii*
 2. Candidose oesophagienne
 3. Candidose de la trachée, des bronches ou des poumons
 4. Rétinite à cytomégalovirus (avec perte de vision)
 5. Cytomégalovirose (autre qu'hépatique, splénique ou ganglionnaire)
 6. Toxoplasmose cérébrale
 7. *Herpes simplex* : Ulcères chroniques (>1 mois), bronchite pulmonaire ou oesophagien
 8. Cancer du col invasif
 9. Pneumonie récidivante
 10. Sarcome de Kaposi
 11. *Mycobactérium avium* (complexe ou *M. Kansaii*) disséminé ou extrapulmonaire
 12. Cryptosporidiose intestinale chronique (>1 mois)
 13. Isosporiose intestinale chronique (>1 mois)
 14. Syndrome d'amaigrissement secondaire au VIH
 15. Cryptococcose extrapulmonaire
 16. Histoplasmose, disséminée ou extrapulmonaire
 17. Coccidioïdomycose, disséminée ou extrapulmonaire
 18. Lymphome immunoblastique
 19. Lymphome cérébral
 20. Lymphome de Burkitt
 21. Leucoencéphalopathie multifocale progressive
-
22. Septicémie à salmonelle récidivante
 23. *Mycobactérium* (autres espèces ou espèces non identifiées) disséminé ou extrapulmonaire

Appendice B

Questionnaire de données personnelles

Données personnelles

1. Âge : _____ ans.
2. Sexe : Masculin Féminin
3. Pays : a : de résidence actuelle _____
b : d'origine (si différent du précédent) _____
4. Programme d'études (domaine) _____
5. Niveau d'études (certificat, baccalauréat, maîtrise, etc.)

6. État civil : célibataire marié(e) divorcé(e)
Ayant un(e) ami(e) autre (précisez) _____
7. Nombre d'enfants : _____ Âge des enfants _____
8. Source de revenus (cochez la ou les cases appropriées)
 bourse d'études
 travail à temps partiel (tout au long de l'année)
 travail à temps plein (tout au long de l'année)
 travail occasionnel
 aucune (études payées par les parents)
9. Logement : habite avec les parents habite avec le(la) conjoint(e)
habite seul
autre (précisez) _____
10. De quelle religion êtes-vous ? _____

11. Êtes-vous pratiquant ? _____

12. Avez-vous fait un stage et/ou un emploi en milieu hospitalier ?

Oui non

Si OUI, précisez avec quel type de clientèle :

13. Y-a-t-il, parmi vos proches, une (des) personne(s) qui a(ont) souffert ou souffre(nt) d'une maladie chronique ?

Oui non

Si OUI, précisez : qui? _____
quand ? _____
de quelle maladie ? _____

14. Vous même, avez-vous des problèmes de santé ?

Oui non

Si OUI, précisez : lesquels? _____
Depuis quand ? _____

15. Avez-vous connu ou connaissez-vous une personne ayant le SIDA ?

Oui non

Si OUI, précisez de qui il s'agit (âge, sexe, ami ou lien de parenté) :

16. Avez-vous accompagné une personne pendant la période précédant sa mort ?
- non, parce que je n'ai jamais eu l'occasion
 - non, parce que je m'y suis refusé
 - oui

Si OUI, précisez : qui ? _____
quand ? _____

17. Utilisez-vous une méthode contraceptive il y a cinq ans ?
Oui non

Si OUI, précisez laquelle : _____

18. Utilisez-vous présentement une méthode contraceptive ?
Oui non

Si OUI, précisez laquelle : _____

19. Pour les cinq dernières années, vous définissez votre vie sexuelle comme:
- hétérosexuelle
 - homosexuelle
 - bisexuelle

20. Etiez-vous sexuellement actif(ve) au cours de cette période ?
Oui non

21. Pour cette même période, quel a été le nombre total de vos partenaires sexuels? _____

Appendice C

Échelle d'attitudes face au sida

Pour les dix-neuf énoncés suivants, veuillez indiquer votre degré d'accord en utilisant une échelle de 7 points allant de :

1 signifie un **désaccord total**
à
7 qui signifie un **accord total**

Entourez S.V.P., le chiffre qui correspond à votre degré d'accord avec chaque énoncé.

- | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Le SIDA est la peste de notre siècle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | Au cours des trois derniers mois, j'ai souvent parlé du SIDA. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | Dans les populations à risque, le dépistage du SIDA doit être obligatoire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | Si une émission de divertissement et une émission d'information sur le SIDA passent, à la même heure, cette semaine à la TV, je regarderais l'émission de divertissement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. | Afin de limiter la contagion, les personnes présentant le SIDA doivent être placées dans des institutions isolées (sidatorium). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. | Le SIDA est une punition de DIEU. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. | Par souci pour la santé des autres, un employeur devrait licencier tout employé ayant le SIDA. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

- | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8. | Je ne supporte pas de lire ou d'entendre parler du SIDA. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. | Je me séparerai de mon(ma) conjoint(e) si j'avais des soupçons qu'il(elle) a le SIDA. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. | Je travaillerais volontiers comme bénévole dans un réseau communautaire d'aide aux personnes atteintes du SIDA. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. | Je me suis déjà demandé(e) si je devais faire un contrôle pour le dépistage du SIDA. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. | Je ne supporterai pas que mon enfant ait le SIDA. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. | Lors de l'élaboration du prochain budget national, le SIDA devra constituer la priorité au plan sanitaire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. | Les médias abordent trop souvent le thème du SIDA. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. | Un enfant séropositif ne doit pas avoir le droit de continuer à fréquenter l'école. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. | Le danger du SIDA a changé mon comportement sexuel. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. | Rien ne sera plus comme avant le SIDA. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. | Si j'apprenais qu'un(une) ami(e) a le SIDA, je continuerai de le(la) fréquenter. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. | J'ai peur du SIDA. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Appendice D

Test de connaissances du sida

Cette section comprend 19 énoncés. Pour les 14 premiers, veuillez indiquer votre opinion en cochant la case appropriée (VRAI ou FAUX). Les cinq derniers items sont des questions ouvertes.

1. Les premières études de cas de SIDA ont été publiées en 1981. Vrai Faux
2. Les cas de SIDA dépistés dans le monde entier sont dû à un seule et même virus. Vrai Faux
3. Le virus du SIDA est très actif hors du corps humain. Vrai Faux
4. Le virus du SIDA se transmet habituellement par :
- a) le sang Vrai Faux
 - b) les selles Vrai Faux
 - c) la sueur Vrai Faux
 - d) les postillons Vrai Faux
 - e) le sperme Vrai Faux
5. Le virus du SIDA peut se transmettre par l'intermédiaire d'une piqûre de moustique ou d'un autre insecte. Vrai Faux
6. Le SIDA se transmet uniquement lors de relations homosexuelles. Vrai Faux
7. Pour contracter le virus du SIDA, une seule relation sexuelle avec une personne malade suffit. Vrai Faux

8. Le dépistage du SIDA est maintenant possible. Vrai Faux
9. Un test de dépistage effectué deux semaines après un rapport sexuel avec une personne infectée et qui est négatif signifie qu'on a pas attrapé le SIDA. Vrai Faux
10. Le virus du SIDA s'attaque principalement aux globules rouges du sang. Vrai Faux
11. On sait actuellement que tout "porteur sain" va faire la maladie. Vrai Faux
12. Le bébé d'une mère séropositive est porteur sain. Vrai Faux
13. Le nombre de malades du SIDA est égal à celui des personnes séropositives. Vrai Faux
14. Le SIDA se manifeste surtout par différents types d'infection. Vrai Faux
15. Le sigle S.I.D.A. signifie :

16. Le(s) virus du SIDA s'appelle(nt) :

17. Le(s) moyen(s) de prévention du SIDA est(sont) :

Appendice E

Échelle d'attitudes face à l'homosexualité

Pour chacun des 21 énoncés suivants, veuillez indiquer votre degré d'accord en utilisant une échelle à cinq points, où :

1 : signifie que vous êtes fortement en accord ;

3 : que vous êtes ni en accord ni en désaccord ;

5 : que vous êtes en désaccord total.

- | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 1. | Cela ne me gênerait pas d'avoir des ami(e)s homosexuel(le)s. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Découvrir qu'un(e) artiste était homosexuel(le) n'aurait aucun effet sur l'appréciation que je fais de son oeuvre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | J'éviterais de fréquenter des personnes connues comme étant homosexuelles, si cela dépendait de moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Je chercherais un autre endroit pour me loger si je découvrais que mon(ma) compagnon (campagne) de chambre est homosexuel(le). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | L'homosexualité est une maladie mentale. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Je n'aurais pas peur pour mon enfant si son enseignant(e) était homosexuel(le). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Les homosexuel(le)s détestent les personnes du sexe opposé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | La pensée de l'acte homosexuel ne me dégoûte pas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 9. | Comparativement aux hétérosexuel(le)s, les homosexuel(le)s commettent probablement plus d'actes sexuels déviants, tels la molestation (voies de fait) d'un enfant, le viol et le voyeurisme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Les homosexuel(le)s devraient être séparé(e)s du reste de la société (c.a.d. avoir une habitation séparée, ne pas avoir accès à tous les emplois). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | C'est révoltant de voir deux personnes du même sexe se tenant par la main ou ayant des gestes tendres en public. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | L'amour entre deux hommes ou deux femmes est tout à fait différent de l'amour entre deux personnes du sexe opposé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Je considère le mouvement homosexuel comme une chose positive. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Pour moi, l'homosexualité n'est pas un péché. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Cela ne me gênerait pas d'être l'employé d'un(e) homosexuel(le). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Les homosexuel(le)s devraient être obligés de suivre un traitement psychologique. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 17. | L'acceptation croissante de l'homosexualité dans notre société favorise la détérioration de la morale. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | Je ne renoncerais pas à mon appartenance à une association uniquement parce qu'elle a des membres homosexuel(le)s. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | Je voterais pour un(e) homosexuel(le) lors d'une élection pour l'administration publique. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. | Si j'apprenais qu'une personne est homosexuelle, ça ne changerait rien à nos relations et je pourrais devenir ami(e) avec cette personne. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. | En tant que parent, je pourrais accepter que mon fils ou fille soit homosexuel(le). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |