

**LES COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE
CHEZ LES TOXICOMANES N'UTILISANT PAS DE
DROGUES INTRAVEINEUSES : UNE APPROCHE
DE « FOCUS GROUP »**

par
**Louise Nadeau¹, Manon Truchon²
Colette Biron³**

¹ Chercheur principal, RISQ
Professeur agrégé, Département de psychologie
Université de Montréal

² Assistante de recherche

³ Assistante de recherche

Octobre 1998

Cette recherche a bénéficié d'une subvention d'équipe du Conseil québécois de la recherche sociale.

Cette édition a été produite par le RISQ

coordination de l'Édition :

Louise Guyon

collaboration à l'édition :

Marcelle Demers

Le lecteur qui désire un supplément d'information sur le RISQ pourra s'adresser au :

RISQ

950, rue Louvain

Montréal (Québec) H2M 2E8

téléphone : (514) 385-3490 poste 1133

télécopieur : (514) 385-5728

Courriel : cqdt@cdc.centresjeunesse.qc.ca

Les commentaires ou demandes de renseignements sur la présente publication peuvent être adressés directement à l'auteure principale :

Louise Nadeau

Téléphone 514 343 6989

CENTRE DOLLARD-CORMIER 950, rue Louvain, Montréal (Québec) H2M 2E8

Téléphone : 514.385.3490 poste 1133 ou 1132 Télécopie : 514.385.5728 Courriel. : risc@cdc.centresjeunesse.qc.ca

AVANT-PROPOS

Ce document : *Les comportements sexuels à risque chez les toxicomanes n'utilisant pas de drogues intraveineuses : une approche de «focus group»* a été produit dans le cadre des travaux du RISQ. Il fait partie d'un ensemble de publications formant la série LES CAHIERS DE RECHERCHE du RISQ dont l'objectif est d'assurer la diffusion des résultats des études qui y sont menées. Ces cahiers s'adressent aux intervenants, aux planificateurs, aux chercheurs et aux étudiants intéressés par le champ de la recherche sur les substances psychoactives. Les auteurs sont les membres du RISQ : chercheurs, intervenants, collaborateurs, agents de recherche étudiants et stagiaires. Ce cahier de recherche est une traduction d'un article et publié sous le titre de : High risk sexual behaviours in a context of substance abuse : a focus group approach dans le *Journal of Substance Abuse Treatment*. La traduction a été assurée par Karine Bertrand et le texte a été relu par Louise Guyon, du RISQ.

RÉSUMÉ

Des études cliniques montrent que les grands consommateurs de drogues et les gens qui en sont dépendants présentent une grande fréquence de comportements sexuels à haut risque. Afin de mieux comprendre la dynamique des pratiques sexuelles non sécuritaires parmi les alcooliques et les utilisateurs de drogues non intraveineuses, les auteures ont mené une série de discussions en «focus group» auprès de 26 hommes et femmes célibataires, sexuellement actifs et en traitement pour abus de substances. Les résultats montrent que les pratiques sexuelles non sécuritaires au sein de ce sous-groupe peuvent être expliquées par trois facteurs : *l'intoxication, les perceptions négatives à l'égard du condom et les distorsions cognitives*. Elles en arrivent à la conclusion que les perceptions négatives des hommes à l'égard du condom et la préoccupation des femmes de ne pas confronter les hommes étant donné leur peur d'être rejetées semblent mener, de façon synergique, à des conséquences négatives. Les implications de cette étude au niveau de la pratique clinique sont également discutées.

LE RISQ

Le RISQ est un groupe de recherche multidisciplinaire qui a mis sur pied un programme d'études et de travaux intégrés dans le domaine de la réadaptation en toxicomanie. Créé en 1991, dans le cadre du programme de développement d'équipe en recherche sociale du CQRS, le groupe s'est donné comme objectif central de :

«...aider les milieux concernés à mieux comprendre la trajectoire des personnes toxicomanes ou à risque de le devenir et développer des stratégies d'intervention plus efficaces à leur intention.»

Le programme de recherche du RISQ, qui est à son deuxième mandat, s'actualise à travers quatre axes principaux qui prévoient :

- approfondir la connaissance de la population-cible et de son milieu social;
- comprendre la trajectoire des personnes toxicomanes ou à risque de le devenir;
- améliorer l'efficacité des interventions auprès des personnes toxicomanes ou à risque de le devenir;
- développer de l'instrumentation et explorer des méthodes de recherche adaptées aux besoins des milieux d'intervention.

Situé au Centre Dollard-Cormier, lequel assure la gestion financière de la subvention d'équipe, le RISQ réunit des chercheurs des milieux universitaires et du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que leurs partenaires, les centres publics de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes.

Outre les Cahiers de Recherche, le RISQ produit une série de Cahiers Techniques qui sont des documents d'appoint et de référence. Enfin, un bulletin d'information, le RISQ-INFO, est distribué sur une base bi-annuelle.

Michel Landry, directeur

TABLE DES MATIÈRES

1 - INTRODUCTION	1
1.1 ÉTUDES RÉALISÉES AUPRÈS DE LA POPULATION GÉNÉRALE	1
1.2 ALCOOL ET VULNÉRABILITÉ AU VIH	2
1.3 LA VULNÉRABILITÉ DES FEMMES	3
1.4 LE HEALTH BELIEF MODEL	3
1.5 OBJECTIF DE L'ÉTUDE	4
2 - MÉTHODOLOGIE	5
2.1 SUJETS DE L'ÉTUDE	5
2.2 MÉTHODOLOGIE	5
2.3 ANALYSE	6
3 - RÉSULTATS	9
3.1 DESCRIPTION DU RISQUE	9
3.2 ATTITUDES FACE AU SIDA ET À L'INFECTION AU VIH	9
3.3 RAISONS SOUS-JACENTES À LA PRISE DE RISQUE	11
3.4 LES STRATÉGIES COGNITIVES	16
4 - DISCUSSION	19
4.1 COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE ÉLEVÉ	19
4.2 EXPLICATIONS DES RÉSULTATS	19
4.3 TESTS RÉPÉTÉS DE L'INFECTION AU VIH	23
5 - CONCLUSION	25
RÉFÉRENCES	27
TABLEAU 1	10
Nombre d'hommes et de femmes dans les différentes catégories de comportements sexuels à risque.	

1 - INTRODUCTION

Plusieurs personnes ayant un diagnostic de *Trouble lié aux substances* ont des relations sexuelles à risque avec des partenaires rencontrés au hasard ou de multiples partenaires sexuels ou les deux. Cette conduite augmente leur risque d'être infectés par le VIH (Avins et coll., 1994; Fitterling, Matens, Scotti et Allen, 1993; Keighan et Nadeau, 1994; Scheidt et Windle, 1995; Stiffman, Dore, Earls et Cunningham, 1992; Windle, 1989), puisque l'abus d'alcool et de drogues non intraveineuses est considéré comme un facteur contribuant à la non-utilisation du condom (Leigh, 1990a; Plant, 1990; Santé Québec, 1992; Stall, 1988; Stall, McKusick, Wiley, Coates et Ostrow, 1986). Cependant, il y a peu d'information disponible concernant les pratiques sexuelles non protégées des patients dépendants de substances, mais qui ne sont pas des utilisateurs de drogues intraveineuses (UDI).

1.1 *Études réalisées auprès de la population générale*

Pour la population adulte et adolescente, les études basées sur des données provenant de grandes enquêtes montrent généralement une plus grande prévalence de comportements sexuels à risque parmi les buveurs modérés et les grands buveurs, que parmi les buveurs «légers» ou les abstinents (Bagnall, Plant et Warwick, 1990; Ericksen et Trocki, 1992; Leigh, Temple et Trocki, 1994; Ruefli, Yu et Barton, 1992; Santé Québec, 1992). Ces études réfèrent tant à une grande fréquence de partenaires sexuels multiples qu'à la non-utilisation du condom. De plus, une importante proportion de buveurs invoquent la consommation d'alcool comme étant la raison la plus importante qui explique le fait d'avoir des relations sexuelles non protégées (McEwan, McCallum, Bhopal et Madhok, 1992; Williams et coll., 1992). Cependant, Leigh et ses collaborateurs ont critiqué les études précitées, affirmant que la consommation d'alcool précédant les relations sexuelles et le port du condom n'avaient pas été mesurés simultanément. Ainsi, en considérant le nombre total de relations sexuelles, celles suivant la consommation d'alcool ne sont ni plus ni moins non protégées (Leigh, 1990b; Leigh, 1993; Temple et Leigh, 1992). Une étude prospective suisse sur un grand échantillon (n = 724) confirme cette critique (Lëuchli, Heusser, Tschopp, Gutzwiller et coll, 1996). Plus du tiers des participants ont eu des relations sexuelles sous l'influence de l'alcool et seulement 31 % de ceux-ci ont déclaré avoir négligé les pratiques sexuelles sécuritaires à cette occasion. Jusqu'à présent, dans le cas des relations sexuelles non protégées, aucune différence significative n'a été trouvée entre ceux combinant l'alcool et les relations sexuelles et ceux

ne les combinant pas. Fait intéressant cependant, on constate une association significative entre le nombre de consommations par occasion et l'incidence de relations sexuelles non protégées, suggérant ainsi que le niveau d'intoxication est la principale variable en jeu. Par exemple, 88 % des répondants ayant bu sept consommations ou plus par occasion ont eu des relations sexuelles non protégées en comparaison à 52 % pour ceux n'en ont bu qu'une ou deux. D'autres données épidémiologiques montrent que la plupart des problèmes reliés à l'alcool ne sont pas associés au volume, mais à la quantité par occasion, en général cinq consommations et plus par occasion ou avec la plus grande quantité consommée durant la dernière année (Bisson, 1997; Hilton, 1991; Stockwell, 1994). Toutefois, il faut prendre en compte que toutes ces populations de buveurs non pathologiques peuvent être très différentes des échantillons cliniques.

1.2 Alcool et vulnérabilité au VIH

Des études américaines rapportent des taux de séroprévalence variant de 3,5 % à 10,3 % parmi les patients alcooliques hospitalisés (Avins et coll., 1994; Mahler et coll., 1994; Scheidt et Windle, 1995). Ces taux sont toujours plus élevés pour les femmes que pour les hommes.

Dans un centre de traitement faisant partie de la présente étude, la séroprévalence d'un échantillon de 100 patients non UDI ayant accepté d'être testés (la proportion d'hommes et de femmes n'est pas connue) était de 9 % en 1989. La séroprévalence inférée de la population clinique totale, incluant presque exclusivement des non-UDI, était de 3% (L. Guyon, communication personnelle, 16 juin 1996). En comparaison, aux États-Unis, les Centers for Disease Control (1991) affirment que le taux de prévalence des groupes qui ne sont pas à risque est de moins de 1 % et la prévalence au Canada est considérée encore moins élevée (Centre de Coordination sur le Sida, 1996).

La plus grande vulnérabilité à l'infection au VIH chez le sous-groupe des consommateurs à l'excès d'alcool et de drogues a été expliquée par des mécanismes biologiques. L'utilisation chronique de l'alcool et des autres drogues semble affaiblir le système immunitaire, rendant la personne plus vulnérable à être infectée par le VIH ou au développement du syndrome du sida (pour une revue : Plant, 1990). Les consommateurs à l'excès d'alcool et de drogues sont aussi davantage portés à faire partie des groupes à haut risque, tels les utilisateurs de drogues intraveineuses (Koopman, Rosario et Rotheram-Borus, 1994; Stall et coll., 1986; Windle, 1989). De plus un pourcentage variant entre 45 à 53 % des alcooliques en traitement ont des partenaires sexuels multiples alors que 71 % d'entre eux n'utilisent pas de condoms sur une base régulière (Avins et coll., 1994, Scheidt et Windle, 1995; Windle, 1989). Certains expliquent cette conduite par le fait que les consommateurs à l'excès de substances ont des

pratiques sexuelles non sécuritaires, étant donné l'effet désinhibiteur de l'alcool ou des drogues (pour une revue : George et Norris, 1991; Goldman et Roehrich, 1991). L'étude longitudinale d'une durée de cinq ans de Stiffman et coll. (1992) fournit un support solide à l'hypothèse que les drogues et l'alcool contribuent aux comportements sexuels à risque. En effet, les résultats indiquent qu'une rémission des symptômes s'accompagne d'une diminution des pratiques sexuelles non sécuritaires chez les jeunes adultes ayant présenté un trouble lié aux substances. Il faut donc s'interroger sur l'influence médiatrice d'une consommation élevée d'alcool ou d'autres drogues non intraveineuses sur les toxicomanes en traitement qui ne se protègent pas.

1.3 La vulnérabilité des femmes

En regard de l'utilisation du condom, il faut porter une attention toute particulière aux différences entre les hommes et les femmes. Aux États-Unis, parmi les femmes séropositives, la proportion de transmission hétérosexuelle par un partenaire masculin infecté a augmenté de 11 % (en 1984) à 36 % (en 1993) (*Centers for Disease Control, 1985, 1994*). Des données comparables sont disponibles au Québec (Centre de Coordination sur le Sida, 1996). De fait, la transmission de l'homme à la femme est 12 fois plus élevée que l'inverse (Amaro, 1995). En effet, ce sont les femmes qui ont à négocier avec leur partenaire l'utilisation d'un moyen de protection, dans un contexte social qui reste marqué par l'inégalité (Amaro, 1995; du Guerny et Sjöberg, 1993; Strebel, 1996; Worth, 1989). Par exemple, une étude par «focus group» chez des femmes de plus de 30 ans appuie le fait qu'il existe un pouvoir inégal dans les relations amoureuses et que les difficultés dans la négociation de l'utilisation du condom sont dues à la résistance du partenaire et à la subordination des femmes au plaisir sexuel de l'homme (Maxwell et Boyle, 1995). Cette situation pourrait être plus difficile encore pour les femmes qui abusent d'alcool et de drogues, celles-ci devant faire face à l'image négative des femmes utilisatrices de substances, image souvent associée à la promiscuité sexuelle (Lisansky-Gomberg, 1988).

1.4 Le Health Belief Model

Depuis les années 70, le champ de la santé publique et de la psychologie a été dominé par le *Health Belief Model* (Becker, 1974) et ses variantes qui se centrent sur les croyances individuelles, les perceptions de la santé et de la maladie ainsi que sur les variables psychosociales (pressions du groupe de pairs et de référence, caractéristiques personnelles) en relation au contrôle perçu ou à l'efficacité personnelle dans la mise en acte de certains

comportements particuliers (pour une revue de la documentation : Coombs et coll., 1995; Wulfert, Wan et Bachus, 1996). La plupart des études sur les comportements sexuels à haut risque et sur le sida se sont implicitement ou explicitement rattachées à ces modèles (Aspinwall, Kemeny, Taylor, Schneider et Dudley, 1991; Bandura, 1990; Catania, Coates et Kegeles, 1994; Fishbein et coll., 1995; Zimmerman et Olson, 1994; Wulfert et Wan, 1995). Étant donné que toutes les variables proposées dans ces modèles de santé n'ont pas une influence égale relativement à l'adoption de pratiques sexuelles sécuritaires (Fishbein et coll., 1995; Wulfert et coll., 1996), il est important d'identifier lesquelles sont particulièrement pertinentes à un groupe spécifique. De plus, les résultats divergents de diverses études mettent en lumière l'importance de considérer les caractéristiques spécifiques d'un groupe et les différences entre les sexes qui peuvent expliquer pourquoi les stratégies d'intervention faisant la promotion de l'utilisation du condom auprès de la population générale échouent souvent (Cooper, 1992; Worth, 1989).

À notre connaissance, aucune recherche n'a été consacrée à saisir le sens, les attitudes et les croyances relativement aux expériences sexuelles d'échantillons cliniques de femmes et d'hommes dépendants de substances, mais qui n'utilisent pas de drogues injectables. De plus, les dynamiques interpersonnelles et sexuelles à l'intérieur des relations hétérosexuelles constituent un aspect peu étudié de la prise de risque (Wingood et DiClemente, 1996). En outre, les approches qualitatives, telle la technique du «focus group», sont recommandées et souvent utilisées pour les recherches sur les comportements reliés à la santé (Basch, 1987; O'Brien, 1993; Scrimshaw, Carballo, Ramos et Blair, 1991). Dans le cas des recherches sur le sida, la technique de «focus group» s'est montrée utile pour l'analyse du discours de femmes sud-africaines (Strebel, 1996) et en regard du contexte des pratiques sexuelles à risque des hommes et des femmes provenant de cultures différentes, qu'ils soient adolescents ou adultes (Flaskerud et Calvillo, 1991; Kline et coll., 1992; Konde-Lule, Musagara et Musgrave, 1993; Williams et coll., 1992).

1.5 Objectif de l'étude

L'objet de cette étude est d'examiner, par une approche de «focus group», les expériences personnelles d'un échantillon clinique de femmes et d'hommes dépendants de l'alcool ou de drogues non intraveineuses, qui adoptent régulièrement des comportements sexuels non sécuritaires. Spécifiquement, elle représente une tentative d'identifier les variables importantes mises en cause dans l'adoption de pratiques sexuelles à haut risque, telle l'utilisation de drogues et d'alcool; de mieux comprendre les raisons sous-jacentes à ces conduites et à examiner les différences éventuelles entre les genres.

2 - MÉTHODOLOGIE

2.1 *Sujets de l'étude*

Vingt-trois hommes et 17 femmes alcooliques/toxicomanes en traitement à l'un des quatre centres de réadaptation de la région de Montréal ont été invités à la présente recherche¹. Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) être séronégatif, 2) être hétérosexuel, 3) avoir eu au moins un partenaire occasionnel durant les 12 mois précédant l'entrevue, 4) ne pas être un utilisateur de drogues intraveineuses et 5) ne pas être engagé dans une relation stable depuis plus de six mois. Tous les sujets ont été informés qu'une rétribution de 15 \$ serait accordée en guise de remerciement. Les propos de quatre hommes ont été éliminés : deux de ceux-là avaient une relation stable depuis plus de six mois et les deux autres ont déclaré ne pas avoir eu d'activité sexuelle durant les 12 mois précédents les entrevues.

L'échantillon final était composé de 19 hommes et 17 femmes. L'âge moyen pour les hommes était de 36.3 ans, avec une étendue de 23 à 51 ans. Pour les femmes, l'âge moyen était de 35.3 ans, avec une étendue de 22 à 48 ans. La moitié des sujets masculins avait moins de 12 ans de scolarité et 23 % avait reçu un diplôme du secondaire ou l'équivalent. Pour ce qui est des femmes, 12 % avait moins de 12 ans de scolarité alors que 59 % rapportaient avoir un diplôme du secondaire ou des qualifications supérieures. Le revenu individuel moyen était de 20 798,\$ pour les hommes et 13 828,\$ pour les femmes.

À titre de référence, les données de trois des centres participants indiquent que 24 % des 1 600 clients interviewés vivaient seuls depuis les trois années précédentes (Laflamme-Cusson, Guyon et Landry, 1994), indiquant qu'une proportion significative de la population de référence aurait probablement rencontré nos critères d'inclusion.

2.2 *Méthodologie*

Les sujets potentiels ont d'abord été vus par des cliniciens qui ont fait une présélection basée sur les critères d'inclusion. L'assistante de recherche les a ensuite appelés pour leur expliquer le but et le déroulement de la rencontre. Une rencontre s'est tenue en soirée quand au moins cinq participants avaient été ainsi recrutés. Les groupes ne comprenaient que des individus du même sexe afin d'éviter les malaises lors des discussions de leurs expériences

¹ Ces quatre centres sont Domrémy-Montréal, La Maisonnée de Laval, Alternatives et le Centre Virage de la Montérégie.

sexuelles. Un total de huit rencontres de groupe (quatre avec des hommes et quatre avec des femmes) ont été menées.

Les rencontres de groupe ont débuté par la signature d'un formulaire de consentement éclairé. Aucun sujet ne s'est retiré. Les rencontres de groupe ont été dirigées par les deux premiers auteurs, toutes deux étant des modératrices d'expérience. Une assistante de recherche a observé les réactions verbales et non verbales des sujets et a pris des notes afin de fournir un résumé à la fin du groupe. Les sujets avaient alors la possibilité de modifier ce résumé ou d'ajouter des éléments. Les rencontres ont duré environ deux heures. Les discussions en groupe ont été entièrement enregistrées et les modératrices ont transcrit le verbatim à partir des enregistrements.

Le protocole utilisé dans cette recherche a été élaboré à partir des recommandations de Krueger (1994) et de Bash (1987) de même qu'à partir d'une recension des écrits sur les comportements sexuels à risque. Plus précisément, les questions portaient sur : la vulnérabilité perçue, la modification des habitudes sexuelles depuis l'apparition du sida, les différentes barrières ou raisons qui ont amené les sujets à prendre des risques ou à se protéger, les réactions des partenaires face à l'utilisation du condom, le sentiment d'efficacité lorsqu'il s'agit de proposer la protection au partenaire et, enfin, les réactions des sujets face à la contamination par le VIH ou à la mort à cause du sida. Il est à noter que des questions d'introduction plus générales concernant l'âge, la consommation de drogues avant le traitement, la vie amoureuse en général, etc. permettaient d'initier la conversation.

2.3 Analyse

Les données ont d'abord été analysées par sujet plutôt que par groupe. Les réponses fournies par un individu à chacune des questions ont été rassemblées pour obtenir une «histoire de cas» par individu, à partir de laquelle certaines variables ont été codées. Le risque d'être infecté au VIH a été déterminé à partir des réponses obtenues à la question suivante : *«Pourriez-vous nous dire quelle est présentement votre situation amoureuse et si vous avez eu des partenaires stables ou occasionnels au cours des 12 derniers mois ?»* de même qu'à partir des informations recueillies concernant leurs comportements face à la protection. Les quatre catégories de risque proposées par Stall et coll. (1988) ont été utilisées : célibataire, risque faible, risque modéré et risque fort, nos critères d'inclusion excluant cependant les sujets continents. Les individus à risque faible sont ceux qui rapportent n'avoir eu que des relations sexuelles protégées au cours des 12 derniers mois. Les individus à risque modéré rapportent des relations sexuelles non protégées à l'intérieur

d'une relation monogame. Les individus à risque élevé déclarent s'être engagés dans une relation sexuelle non protégée avec un partenaire occasionnel.

Dans un deuxième temps, les analyses portaient sur les réponses fournies par l'ensemble des groupes. La règle, suggérée par Williams et ses collaborateurs (1992), ayant guidé l'analyse est la suivante : sont considérés les seuls points de vue rapportés dans les quatre groupes et par plus d'un individu par groupe. Lorsque cette règle n'est pas respectée, mais qu'un point de vue partagé par plusieurs participants ajoute des éléments de compréhension pertinents, alors il est rapporté en signalant cet écart à la règle de cotation.

La présentation des résultats est regroupée selon les deux thèmes émergeant de l'analyse, c'est-à-dire 1) l'attitude face au sida et à l'infection au VIH et 2) les raisons sous-jacentes à la prise de risque.

3 - RÉSULTATS

3.1 Description du risque

La majorité des femmes et des hommes du présent échantillon se situaient dans la catégorie de risque élevé. Comme l'indique le tableau 1, 12 hommes sur 19 (63 %) et 14 femmes sur 17 (82 %) rapportaient au moins une relation sexuelle non protégée avec un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois. Il est à noter que, parmi les 14 femmes dont le risque d'être exposée au VIH est élevé, six d'entre elles ont eu des relations sexuelles pour se procurer de l'argent ou de la drogue. Cependant, une seule de ces six femmes a déclaré gagner sa vie au moyen de la prostitution alors que, pour les cinq autres, il s'agissait de comportements essentiellement liés à leur désir de consommer des drogues. Le commentaire suivant, émis par une femme de 29 ans, illustre bien le contexte dans lequel surviennent leurs comportements sexuels à haut risque :

«...moi, j'ai été à risque pas mal tout le temps parce que j'ai jamais mis de condom... c'était pour me faire payer ma consommation, ça durait 15 minutes, puis j'avais de quoi à consommer.»

3.2 Attitudes face au sida et à l'infection au VIH

Se sentent-ils concernés par le sida?

Seulement la moitié des hommes se sentait concernés par le sida, alors que la majorité des femmes rapportaient cette préoccupation. Plusieurs des participants se disant concernés ont utilisé le terme peur ou révolte pour décrire leurs sentiments à l'égard du sida :

«J'ai une peur bleue du sida»; «C'est paradoxal parce que j'ai peur du sida comme ça se peut pas, pis je tchèque pas mes affaires»; «Moi, ça me concerne beaucoup parce que je pense que c'est une hostie de maladie. Tu fais l'amour et tu ne sais jamais si tu vas pagner le sida.»

Les hommes ne partageaient pas les préoccupations mentionnées précédemment. Ils semblaient détachés, se sentant invulnérables :

«C'est peut-être illogique, mais je suis convaincu que je ne l'aurai jamais parce que

je suis trop en santé, mes anticorps font toujours de l'overtime»; «Je ne veux rien savoir de ça, je ne veux même pas penser à ça. Je me dis : ' N'y pense pas et ça ne t'arrivera pas'.»

La seule femme n'étant pas préoccupée par le sida a le sentiment que ses deux amants, avec qui elle n'utilise pas de condoms, ne sont pas à risque (en fait, à mesure que la rencontre se déroulait, les deux animatrices étaient de moins en moins convaincues de la fidélité de ceux-ci).

TABLEAU 1

NOMBRE D'HOMMES ET DE FEMMES DANS LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE

Niveau de risque	Femmes (n = 17) %	Hommes (n = 19) %
Faible	2	3
Moyen	1	4
Élevé	14	12

Attitudes face au sida

La majorité des femmes (12/17) et plusieurs hommes (8/19) ont révélé avoir passé le test du sida. De nombreux participants l'ont passé plusieurs fois. La proportion moins élevée d'hommes est en lien avec le fait que la moitié de ceux-ci ont affirmé ne pas être concernés par cette maladie. Aucun des participants ayant passé le test, homme ou femme, n'a rapporté avoir modifié ses comportements sexuels à haut risque. Au contraire, ils avaient tendance à réagir à posteriori plutôt que d'adopter des comportements préventifs. Comme un homme a dit :

«Moi aussi, j'en ai passé des tests (il dit en avoir passé six). C'est comme si le niveau de conscience était déplacé. C'est après qu'on y pense, c'est pas avant que je vais y penser.»

Le test pouvait représenter un moyen temporaire de se rassurer suite à des relations sexuelles non protégées :

«J'ai passé un test qui était négatif et j'ai eu des comportements à risque depuis... Il faut que j'aille en passer un autre»; «Quand je bois, je fais des affaires dont je ne me souviens pas. Il (le médecin) me prenait des tests, et tout était correct.»

3.3 Raisons sous-jacentes à la prise de risque

L'intoxication

La plupart des sujets ont mentionné spontanément que la consommation de grandes quantités d'alcool et de drogues était un facteur déterminant dans leurs comportements sexuels à risque. Mais l'alcool et les drogues semblent influencer différemment les hommes et les femmes. Les hommes ont référé à deux états distincts lorsqu'ils sont intoxiqués. Premièrement, une excitation physiologique intense qui annule l'effet de la menace de l'infection au VIH; deuxièmement, une impuissance ou une détresse émotionnelle intense se reflétant par un désir de mourir. Ces deux phénomènes sont indépendants étant donné qu'ils ne sont pas rapportés simultanément par les mêmes individus. Un homme de 33 ans consommant quotidiennement de la cocaïne et du haschisch a souligné le pouvoir stimulant des substances psychoactives :

«Au bar, bien gelé, tu y penses même pas (aux risques). Tu es excité au bout par la cocaïne... C'était plus fort que moi, j'étais «drivé»... Ah f..., go. Puis, un coup que t'a déballé, hostie, tu tricotes... C'est ce que je vois...»

Inversement, d'autres hommes ont exprimé de forts sentiments de détresse psychologique, comme cet homme de 40 ans :

«Je dois dire que, quand j'étais dans mes périodes de consommation, il y a eu un moment où je souhaitais peut-être l'avoir [le sida]. C'était une période suicidaire... Je pense que c'est suicidaire... Quand je n'ai pas utilisé de condom, c'est que je me crissais de mourir ou pas.»

D'autres hommes partagent ces sentiments :

«On consomme parce que on se fout pas mal de la vie.» «Si je n'aurais eu cinq ans, deux ans à vivre, parfait. C'aurait fait mon bonheur, je voulais mourir. Mourir d'une overdose ou mourir du sida, je m'en foutais.»

Pour la plupart des femmes, l'intoxication leur permettait d'éviter de penser aux éventuelles conséquences délétères reliées aux relations sexuelles non protégées, même si la menace de l'infection au VIH émergeait de nouveau avec la sobriété :

« Quand t'es sur la go, tu ne penses pas à grand chose... non, j'y pensais pas, mais, en même temps, je m'en foutais. Ben gelée, on s'en fout. »; « Dans la consommation, je m'en foutais complètement. Sur l'alcool, j'ai fait des black out pendant des jours, pas des heures, des jours... Et puis (quand je suis sobre) : 'Qu'est-ce que je fais? I don't know' (en anglais dans le texte). Tu ne t'en rappelles plus. »; « Sous n'importe quelle substance, on oublie le lendemain, on vit le moment présent »; « T'en a plus d'inhibition, t'en a plus de gêne, t'en a plus de peur, de crainte. T'as pu rien. »; « Quand t'es à froid, puis tu penses à tout ça, tu dis 'ouin, méchant comportement.' »

Pour certaines femmes, la menace du sida, accompagnée d'un fort sentiment de culpabilité, demeurait présente même si elles étaient intoxiquées. Dans trois groupes sur quatre, une participante a rapporté ressentir dans la vie de l'impuissance ou de la détresse psychologique. Finalement, de façon intermittente, quelques femmes percevaient le sida comme une forme de punition face à leurs comportements de consommation de drogues et d'alcool. Une femme de 34 ans expliquait :

« Que je sois paquetée ou n'importe quoi, j'étais consciente... Le sentiment de culpabilité était tellement fort. Je m'aperçois aujourd'hui que je voulais me punir. Attraper quelque chose, même si j'avais très peur, cela aurait été mon sort, c'était ce que je méritais. »

D'autres femmes avaient les mêmes croyances :

« Dans la consommation, je m'en veux tellement que je me dis que si j'attrape quelque chose, c'est parce que je mérite juste ça... quand je consomme, je me dis que je suis une moins que rien »; « Tu veux te punir pour ce que tu es en train de faire; ça fait que tu t'en crisses, tu te crisses carrément de ton corps. »

Le terme « masochiste » a notamment été utilisé par quelques répondantes pour tenter d'expliquer leurs comportements.

Inconvénients associés aux condoms

L'utilisation du condom était considéré comme une barrière aux relations sexuelles protégées.

Tant les femmes que les hommes ont mentionné que les condoms mènent à une perte de sensations physiques. Plusieurs hommes étaient véhéments, comme celui-ci de 45 ans :

«...c'est comme avoir une mitaine après un pénis. Qu'est-ce que tu sens? T'as pas la chaleur, la douceur...» Un autre, âgé de 40 ans, a ajouté : »C'est l'excitation et c'est le désir d'être encore plus excité. Il faut avoir un pénis pour savoir que ce n'est pas vraiment plaisant d'avoir un condom.»

Pour quelques hommes, les condoms représentaient une menace à leur image de soi, pensant qu'ils auraient l'air ridicule. D'autres évitaient de les utiliser parce qu'ils craignaient de perdre leur érection. Un homme de 30 ans consommant quotidiennement de la cocaïne, du haschisch et de l'alcool a affirmé :

«Je veux pas porter le condom parce que ça prend trop de temps à le mettre (parce qu'il perd son érection). Ça m'est arrivé deux fois devant une fille et j'étais pas bien, j'étais pas content. Cette fille-là, je ne souhaitais pas la voir après... Si je suis obligé de me reprendre, je capote, je me cacherais dans un pot.»

Ces commentaires ont trouvé un écho chez plusieurs femmes :

«J'étais à risque la plupart du temps parce que j'utilisais jamais de condoms. (On en a utilisé un) une fois, mais ça n'a pas bien fonctionné et à cause de ça (perte de l'érection), on a abandonné.»

Un autre inconvénient semblait être socialement déterminé. Les hommes que les femmes de 35 ans et plus résistaient à intégrer le condom dans leur vie sexuelle puisqu'ils appartenaient à une génération ayant été beaucoup moins sensibilisée à la nécessité d'une sexualité plus sécuritaire. En conséquence, le fait d'avoir eu pendant longtemps des relations sexuelles non protégées avec tous leurs partenaires était une barrière importante à l'adoption de comportements sexuels sécuritaires :

«C'est difficile de partir de l'amour libre, c'est difficile à intégrer un condom dans le rituel après tant d'années sans protection»; «Moi, je dirais par habitude. Moi, je suis habitué sans ça, sans protection. C'est une question d'habitude»; «Dans mon temps, il n'y en avait pas de sida, ce n'était pas un problème.»

Un homme de 51 ans conclut :

«Peut-être que si j'avais 10 ans, 15 ans de moins, pis que j'étais vraiment dans la game comme je l'ai déjà été. Bon, je dirais, on le met, pis là on baise... Mais, je ne connais pas ça, c'est pas mon style, pis ça m'intéresse pas.»

De plus, quelques participants, en particulier des hommes, ont déclaré avoir une confiance limitée en les condoms comme moyen de protection contre les MTS : *«J'ai confiance, mais à une certaine limite. Parce que tu sais que le condom peut faire un trou, il peut péter. Dans ce sens-là, tu es moins confiant.»*

Par ailleurs, d'autres croyaient que les condoms sont efficaces : *«Ils en parlent, c'est publicisé, ils disent que c'est un des meilleurs. Oui, je crois à ça.»*

Les six femmes utilisant le sexe pour payer leur consommation n'utilisaient pas de condoms. Premièrement, parce que c'était le souhait du client : *«Oui, j'y pensais d'y faire mettre, mais ils me disaient tout le temps : 'Moi les condoms, j'aime pas ça.' Ça fait que j'arrêtais de le demander.»*; *»Avec les clients, s'ils me donnaient plus d'argent, c'était 'let's go'».*

Deuxièmement, c'était plus rapide sans condom. Un participant consommant quotidiennement du haschisch a admis : *«Avec un condom, j'ai le temps d'allumer une autre cigarette; puis, sans condom, bien, c'est zing zang... Je prends des chances pour qu'il s'en aille et que je consomme au plus vite.»*

La connaissance et la confiance en son partenaire

La connaissance et la confiance en son partenaire sont d'autres éléments qui étaient associés aux comportements à risque.

Comme le rapportait une femme de 38 ans :

«Faut dire que j'ai pas pris du monde que je connaissais pas du tout. C'était quand même du monde que je pouvais connaître depuis cinq ans, six ans, 10 ans, c'était dans mes connaissances à moé. C'est sûr que je ne connaissais pas son privé, privé. C'est pour ça que c'était plus facile d'y faire confiance. Ça ne serait probablement pas pareil si je rencontrerais un gars que j'ai jamais vu, puis qu'il dit 'O.K. c'est correct'. Je serais peut-être sceptique à le croire.»

Plusieurs autres participantes étaient en accord :

«Comme j'ai un vieux garçon, qui ne sort pas, qui est québécois ça n'a pas d'allure, puis, à quelque part, je ne sais pas pourquoi, je le truste. Je me vends cette idée-là (qu'il n'est pas à risque).»

Les hommes aussi soulignaient l'importance de la confiance avant de s'engager dans des relations sexuelles non protégées :

«Quand tu connais son background, la manière qu'elle te parle». «À partir du moment où l'on se rencontre, même si c'est pas long, même si ça arrive dans la même soirée ou le lendemain, il y a plusieurs choses qui sont arrivées qui te donnent une bonne idée de la personne qui se tient en face de toi.»

Plusieurs questionnent les comportements sexuels passés de la femme plutôt que de s'informer des résultats à un test de dépistage du VIH : *«Ça se voit, ça se voit... en discutant... les vérités sortent... tu vas faire confiance en la personne... sans faire de test nécessairement.»*

Les femmes ayant eu des partenaires multiples faisaient naître la méfiance :

«On peut voir si une personne couraille ou ne couraille pas... Sa façon de parler, si elle est libérale, si elle est avec un gars ou pas, de la façon qu'elle parle des gars, de la façon qu'elle sort, où est-ce qu'elle va, ça se voit tout de suite ça (si on a besoin de protection)... C'est la même chose pour les femmes.»

Un homme de 26 ans concluait : *«Si je sortirais avec une guidoune de même, une courailleuse, ça serait la protection tout de suite.»*

Dans les cas où la confiance n'était pas réciproque, il s'ensuivait fréquemment une réaction négative. Pour plusieurs hommes, l'utilisation du condom traduisait une méfiance :

«C'est comme tu mets un condom, pis tu dis : 'elle, elle a de quoi. Elle a peut-être de quoi'... tu vas-tu aller te mettre le nez là-dedans... Elle l'a, elle peut l'avoir... C'est un manque de confiance»; «Quand elle le demande, moi, je vais me poser des questions. Je vais me dire 'elle ne me fait pas confiance'... ou elle couraille à gauche et à droite. Je vais me poser bien des questions puis ça va être bien négatif»; «Ça

porte à conflit parce que c'est comme si tu lui disais : 't'as pas confiance en moi,... t'as pas confiance en moi, tu veux que je mette ça?'; «La peur que l'autre pense qu'on y fait pas confiance.»

Les différences entre les rôles sexuels

Les différences entre les rôles sexuels étaient apparentes dans les discussions des participantes, celles-ci percevant que c'était leur responsabilité d'exiger le port du condom. Plusieurs femmes n'utilisant pas le condom ne croyaient pas qu'elles étaient capables - en d'autres mots, qu'elles avaient l'efficacité personnelle nécessaire - de négocier l'utilisation de mesures de protection même si la plupart considéraient que les condoms constituent un moyen de protection efficace. Le malaise entourant ce sujet, la peur du rejet ou une réponse de refus étaient déterminants :

«La timidité, la peur d'être rejetée, la peur qu'il dise juste non.» «C'est difficile d'être affirmative. Donc, je suis incapable de leur dire (à ses partenaires) : 'Écoute, utilise un condom ou va-t-en'. Je ne peux pas (dire ça... Je ne peux pas leur dire : 'met un condom'.» «La peur du rejet; la peur que l'autre va penser qu'on a quelqu'un d'autre; la peur que l'autre refuse (de mettre un condom) et d'avoir l'air stupide.»

La plupart des hommes corroboraient la perception des femmes. Plusieurs étaient prêts à se protéger lors de leurs relations sexuelles, mais n'auraient pas pris cette initiative :

«Mais, c'est elle qui a accepté de baiser avec moi, parce que moi, je baisais à droite et à gauche.»; «Si elle me le demande, je vais en mettre, si elle ne me le demande pas, je n'en mettrai pas.»

D'autres ont fait des commentaires qui justifiaient la répugnance des femmes à exiger le condom : *«Dans ces situations, je me dis '(si t'exiges un condom), alors tu ne me fais pas confiance'.*» Et il aurait alors refusé d'avoir une relation sexuelle.

3.4 Les stratégies cognitives

La vulnérabilité perçue

La plupart des participants utilisaient différentes stratégies cognitives pour faire face à la menace de l'infection au VIH lorsqu'ils avaient des relations sexuelles non protégées. Tel que mentionné précédemment, la moitié des hommes ont mentionné qu'ils se croyaient

invulnérables au sida. Plusieurs femmes avaient la même croyance :

«...je me dis que je ne peux pas l'attraper.» «Je n'ai jamais pensé que je pouvais l'attraper (le sida)...c'était pas pour moi ça.» «...mais moi je n'ai jamais attrapé de MTS de ma vie, et je me disais la même petite pensée 'ça ne m'arrivera pas, je n'ai pas attrapé de MTS, pourquoi j'attraperais le sida? Je n'attrape pas ça moi.'»

Quatre femmes ont mentionné qu'elles connaissaient des gens décédés du sida. Pour trois d'entre elles, leur sentiment d'invulnérabilité n'a pas été ébranlé :

«...même si moi aussi je connais du monde qui sont morts du sida, plus qu'une personne aussi, et du monde très proche j'ai encore dans ma tête 'ça nous arrivera pas à nous autre' et, en même temps, je me dis : 'oui ça peut arriver'.»; «J'en ai connu moi qui sont morts, puis, ça m'a pas changée. J'en connais deux qui étaient homosexuels et un qui l'était pas mais, par contre, comme j'ai dit, c'est pas à moi que ça va arriver.»; «...ceux qui sont décédés c'était pas des homos, c'est des femmes. Ça m'atteint pas. Si t'as affaire à avoir le cancer ou si t'es pogné avec le sida, non, ça change rien à la destinée qui, elle, l'a voulu comme ça.»

La quatrième répondante, âgée de 39 ans et ayant perdu son frère et d'autres proches, avait une réaction différente. Elle se sentait terrorisée au point qu'elle ne croyait pas les résultats négatifs des tests du sida : *«Tu ne le réalises pas tant que ça ne t'arrive pas en pleine face... C'est pas réel, ça se peut pas, puis, quand t'es vois tomber comme des mouches, tu dis : 'moi aussi'.»*

Le déni

Plusieurs hommes et femmes étaient conscients de courir le risque d'être infectés au VIH, mais ils utilisaient une stratégie d'adaptation centrée sur le déni :

«Je ne voulais pas penser à ça, tout ce que je voulais, c'est un enfant, pas le sida.»; «Quand j'étais en amour, je ne pensais pas à ça du tout, même en sachant qu'il y avait des risques.»; «Je ne me sens pas concerné dans le sens où je me dis toujours : 'ça ne m'arrivera pas, ce sont les autres qui vont l'avoir'.»

Le fatalisme

Certains participants, en particulier les femmes, adoptaient une attitude fataliste concernant la

possibilité d'être infectés au VIH. Comme une femme de 39 ans le mentionnait :

«Si on est dû pour l'avoir, on n'est pas dû aussi. Il n'y a pas juste le sida qui est mortel. La mangeuse de chair, le cancer, le sida... c'est quoi que je vais attraper dans tout ça? À un moment donné, on est dû.»

Un autre participant a ajouté : *«Si je suis dû pour avoir quelque chose, je l'aurai bien, si j'ai à l'avoir, je l'aurai.»*

4 - DISCUSSION

4.1 *Comportements sexuels à risque élevé*

Dans cette étude, la plupart des hommes et des femmes en traitement ne se protégeaient pas avec leurs partenaires multiples ou durant leurs aventures d'un soir. Ce résultat était attendu étant donné que seuls les sujets sans partenaires stable et sexuellement actifs ont été choisis pour ainsi arriver à une meilleure compréhension des motivations menant à des comportements sexuels risqués.

Tel que mentionné précédemment, dans la population de référence (1 600 patients), 24 % vivaient seuls au cours des trois années précédentes. Une autre étude comparant un sous-groupe (300 patients) de la même population clinique et un échantillon représentatif de grands buveurs (n = 998) dans la population générale [buvant 5 consommations ou plus par occasion, dans huit ou plus occasions durant les 12 derniers mois (Nadeau et Demers, en préparation)] indique que, parmi les grands buveurs de la population générale, 59 % sont mariés, 20 % vivent seuls et 5 % vivent avec des amis, un colocataire ou le deux. Les patients du présent échantillon sont donc caractérisés par le fait de vivre sans partenaire sexuel ce qui, en retour, augmente la probabilité qu'ils aient des partenaires multiples ou des aventures d'un soir.

Information

C'est le Health Belief Model qui permet d'interpréter le plus adéquatement le résultat de la prise de risque sexuel. Comme dans plusieurs autres études (Adams et Shields, 1996; Discenza, Nies et Jordan, 1996, Wulfert et coll., 1996 pour une revue des études antérieures), notre étude confirme qu'un manque de connaissance sur le sida ne peut être considéré comme explication possible du résultat. Tous nos sujets étaient bien informés sur le sida et, à part quelques exceptions, ils considéraient aussi le condom comme efficace contre l'infection au VIH. En outre, excepté pour une femme, connaître quelqu'un décédé du sida n'avait pas d'effet dissuasif, étant donné que l'expérience était écartée en affirmant que cela n'arrivait qu'aux autres.

4.2 *Explications des résultats*

La prise de risque dans ce groupe peut être expliquée par l'interaction de quatre obstacles à

des comportements préventifs : 1) l'intoxication, 2) la perception négative des condoms, 3) des fausses attributions et 4) un manque d'efficacité personnelle.

L'intoxication

L'intoxication a été décrite comme le principal facteur contribuant à la prise de risque. Quand les participants étaient sous l'influence de substances, ils étaient moins tolérants envers la perte de plaisir associée aux condoms. La conscience du danger était réduite et l'évaluation du risque, altérée. Des sentiments d'invulnérabilité, rapportés par plusieurs sujets masculins, ont aussi été relevés. Les femmes étaient de leur côté, moins efficaces pour gérer la résistance des hommes face au condom. Contrairement à ce qu'affirme Leigh (1990b), les verbata de notre étude suggèrent que, avec cet échantillon clinique, il y a un lien entre les relations sexuelles non protégées et la consommation d'alcool. L'observation de Leigh a été faite en référence à des buveurs majoritairement légers ou modérés et ayant un bon niveau de scolarité, ce qui explique probablement la différence de résultats. Dans notre étude, comme dans l'étude prospective suisse mentionnée précédemment (Läuchli et coll., 1996) et dans l'enquête générale sur la santé au Québec de 1992 (Bisson, 1997), les grandes quantités de substances par occasion sont la principale variable mise en cause. La cocaïne et le crack, largement consommés dans cet échantillon, ont en fait été fortement associés aux comportements sexuels à risque élevé (Heffernan, Chiasson et Sackoff, 1996). Dans une étude sur des femmes dépendantes de la cocaïne en traitement au Québec (Lecavalier, 1991), 90 % ont déclaré qu'elles se seraient protégées si elles avaient été sobres ou libérées de leur besoin de drogues. Wulfert et coll. (1996) suggèrent que, plus les barrières reliées au plaisir sont perçues comme élevées, moins les attitudes exprimées envers l'utilisation du condom sont favorables. Dans notre échantillon, la forte consommation de substances semble servir comme un catalyseur en augmentant les attitudes négatives envers le condom et en augmentant les probabilités de l'occurrence d'une sexualité non sécuritaire. La rémission, c'est-à-dire une élimination des symptômes associés aux Troubles liés aux substances psychoactives, apparaît donc comme l'une des mesures de prévention les plus efficaces (Stiffman et coll., 1992).

Une attention spéciale doit être accordée aux six femmes ayant déclaré utiliser la sexualité pour obtenir de l'argent ou des drogues. Il apparaît que, si les hommes sont en manque de drogues, ils vont vendre de la drogue ou s'impliquer dans d'autres activités criminelles alors que les femmes qui sont dans la même situation semblent avoir un répertoire plus étroit de comportements (Lecavalier, 1991). Cinq de ces femmes ne se considéraient pas comme faisant de la prostitution. Être payée en échange de sexe était perçue comme faisant partie du style de vie associé à la drogue et prendre l'argent terminait simplement la transaction

sexuelle permettant l'achat de drogues. Toutes ces interactions sexuelles ont cependant mené à une prise de risque élevé, comme nous l'avons décrit.

Perception négative des condoms

L'utilisation du condom est le second obstacle à l'action préventive. Il y a synergie entre la perception négative des condoms et le souci des femmes de ne pas s'opposer aux hommes, étant donné leur peur d'être rejetée. La plupart des hommes percevaient que le port du condom diminuait leur plaisir et les quelques participants de plus de 35 ans le considéraient comme une atteinte à leur virilité. La majorité attendait que les femmes le demandent, mais auraient accepté de porter le condom si celui-ci était exigé par leur partenaire féminine. Quelques participants, surtout ceux aux prises avec des problèmes érectiles lors de l'utilisation du condom, ont déclaré qu'ils auraient refusé d'avoir une relation sexuelle si la femme avait demandé de porter le condom. Il faut aussi prendre en compte que l'utilisation chronique de plusieurs drogues, particulièrement l'alcool, contribue aux dysfonctions sexuelles chez l'homme (Maisto et coll., 1995). Ces problèmes érectiles, parce qu'ils sont en lien avec une importante consommation d'alcool et de drogues, viennent compléter le tableau des facteurs contributifs à la prise de risque.

Pour leur part, les femmes ont affirmé que, lorsque les hommes manifestaient une forte opposition au port de condoms, elles n'avaient pas le courage de leur demander une protection étant donné leur peur d'être rejetées par leur partenaire. Ce résultat est probablement associé au statut mental des femmes de notre échantillon, étant donné que d'autres études au Québec avec la même population clinique ont rapporté une plus grande détresse psychologique et des taux plus élevés de troubles de personnalité chez les femmes que chez les hommes (Guyon et Landry, 1996; Landry, Nadeau et Racine, 1996). En fait, nos résultats ne concordent pas avec ceux d'une étude menée avec des femmes recrutées dans des centres de santé communautaire en milieu urbain et dont les attitudes à l'égard du condom avaient préséance en matière de protection sur celles de leur partenaire (Morrill et coll., 1996).

Attributions erronées

Dans cet échantillon clinique, l'éventualité de conséquences fatales ne peut rivaliser avec la gratification immédiate provenant de la séduction, de l'excitation sexuelle et du plaisir anticipé lors d'une relation sexuelle. Par exemple, plusieurs participants en arrivent à des conclusions sans fondement concernant l'état de santé de leur partenaire et, sans preuve adéquate, évaluent la séropositivité en se référant aux apparences, discours et attitudes. Williams et coll. (1992) ont rapporté des résultats similaires provenant d'une étude sur des étudiants du

collège.

Le fait de ne pas adopter de pratiques sexuelles sécuritaires apparaît, toutefois, dépendre de conditions plus complexes que celles proposées par les modèles de santé actuels. Plusieurs hommes s'attribuaient de façon irréaliste un grand pouvoir et quelques-uns se décrivaient comme indifférents au virus du VIH. Ces croyances de toute puissance des hommes associées au désir accru de sensations physiques lorsque sous l'influence de substances constituaient un catalyseur de la prise de risque. D'autres participants des deux sexes ont rapporté que, lors de périodes de grande consommation, ils avaient des attitudes fatalistes face à la vie : une éventuelle contamination par le virus du VIH était perçue comme une issue fatale, comme si le Destin, et non eux-mêmes, contrôlait leur vie. Une des constatations les plus remarquables dans cette étude a pour objet les sentiments d'impuissance et une attitude de je-m'en-foutisme qui a mené plusieurs participants à avoir des relations sexuelles non protégées et certains, à avoir le désir d'être punis pour ce qu'ils considèrent comme de «mauvaises actions».

En tentant d'expliquer comment des femmes noires d'Afrique du Sud gèrent la menace du sida, Strebel a observé, dans des discussions de «focus group» similaires aux nôtres, que tous ses sujets cherchaient à se distancer de la situation de risque en déniaient les dangers d'infection. D'autres femmes adoptaient des attitudes fatalistes ou adoptaient des sentiments de gêne et de culpabilité. De même, nos participants ont inhibé la perception d'une menace. Le fait de se croire immunisé contre le VIH servait probablement de défense contre la menace intolérable que constitue le sida et contre la peur et la culpabilité engendrées par la prise de risque. Des intoxications chroniques peuvent créer ou amplifier ces sentiments de toute puissance. Comme lorsque se manifestent des attitudes fatalistes, il est difficile de distinguer, dans le désespoir et la perte de sens qui sont exprimés par nos sujets, ce qui est une conséquence d'une dépendance aux substances ou ce qui relève de sentiments et de croyances du sujet. La prise chronique de substances occasionne en effet dépression clinique et anxiété (Schuckit et Monteiro, 1988). Enfin, chez certains sujets, la prise de risque peut être conceptualisée comme un moyen d'autodestruction, un suicide lent, un phénomène très bien décrit par l'approche psychanalytique traditionnelle de la dépendance aux drogues (Menninger, 1938; Rado, 1933; Soubrier, 1981).

Efficacité personnelle

Les hommes et les femmes de cet échantillon entretiennent des croyances concernant leur propre manque d'efficacité personnelle, mais ces croyances sont spécifiques à chaque sexe étant donné le contexte personnel et socioculturel qui leur est propre (Wingood et Di

Clemente, 1996). Les femmes avaient peur de perdre leur partenaire si elles leur tenaient tête et ne croyaient pas qu'il était en leur pouvoir de refuser une relation sexuelle à un partenaire qui refusait de se protéger. La plupart d'entre elles ne croyaient pas qu'elles avaient les habiletés nécessaires pour demander l'utilisation du condom et elles voulaient être aimées, parfois à n'importe quel prix. Cette peur d'être rejetée peut contribuer à maintenir les femmes dans une position où elles considèrent ne pas avoir de pouvoir de négociation. Ces croyances trouvent leur équivalent chez les hommes qui affirmaient que les condoms leur causaient une perte de sensations physiques et constituaient une menace à leur image de soi et, à fortiori, chez ceux qui sentaient que leur performance érectile deviendrait hors de leur contrôle si le condom leur était imposé. Encore une fois, ces perceptions divergentes des hommes et des femmes agissent en synergie, notamment après une importante consommation d'alcool et de drogues, pour augmenter la probabilité de prise de risque. Cette constatation converge avec les résultats obtenus par Wulfert et coll. (1996) qui montrent que l'efficacité personnelle est la variable qui explique les comportements sexuels sécuritaires au-delà des autres variables mises de l'avant par des modèles de santé, ou *health belief models*.

4.3 Tests répétés de l'infection au VIH

Ces «focus groups» ont conduit à l'observation fortuite que plusieurs sujets ont été testés à répétition pour le VIH, mais que les résultats négatifs n'ont pas altéré leurs comportements de prise de risque. Même si cela ne peut être démontré dans la présente étude, il nous semble qu'un résultat négatif au test du VIH peut augmenter la prise de risque, comme s'il venait infirmer l'existence du danger de contamination. Pour les femmes, passer le test du sida peut, jusqu'à un certain point, être comparé à l'avortement comme moyen de contraception. Même si aucune question n'a été directement posée concernant l'avortement, plusieurs femmes ont spontanément rapporté avoir interrompu une grossesse. Quatre femmes ont révélé avoir eu de deux à quatre avortements; trois, un; et une a donné son bébé en adoption.

Il semble que ce mode de «prévention» *post hoc* n'est pas unique à la prévention du sida et des MTS, mais qu'il s'applique aussi au contrôle des naissances chez ces femmes. Il existe des résultats contradictoires dans la documentation concernant des sujets de la population générale recevant des résultats négatifs aux tests de VIH, certaines études indiquant que la prise de risque diminue suite au résultat, d'autres, qu'il n'y a aucun effet (pour une revue : Wilson, Jaccard, Levinson, Mikoff et Endias, 1996). Une étude auprès d'un échantillon de 808 femmes recrutées dans des cliniques de gynécologie et de planification des naissances dans une zone endémique de VIH et de MTS (Wilson et coll., 1996) montre que, en moyenne, recevoir un résultat négatif au test du VIH ne mène pas à des changements

comportementaux significatifs, notamment ne ce qui concerne le nombre de partenaires sexuels.

Une analyse secondaire indique que, lorsque les femmes recevaient des résultats négatifs aux tests de MTS ou du VIH et lorsqu'elles jugeaient, en conséquence, avoir un niveau de susceptibilité général plus bas, il y avait alors une baisse significative de l'utilisation du condom à l'entrevue suivante. Ce résultat pourrait aider à expliquer notre observation dans la mesure où l'intoxication diminue la susceptibilité perçue. En pratique clinique, force nous est de constater que cette observation souligne la nécessité de traiter avec la même importance les résultats positifs et négatifs des tests du VIH. L'expérience clinique montre que, chez certains patients, certaines «bonnes» nouvelles peuvent être aussi traumatisantes que les «mauvaises».

5 - CONCLUSION

Dans cet échantillon clinique, la consommation à l'excès constitue la principale variable mise en cause dans les relations sexuelles hétérosexuelles non protégées. L'interaction entre la perception négative que les hommes ont du condom et le souci des femmes de ne pas s'opposer aux hommes, étant donné leur peur du rejet, semble agir en synergie. Au terme de ce travail, c'est cette approche interactionniste qui nous apparaît la plus prometteuse dans la promotion de pratiques sexuelles plus sécuritaires. Enfin, dans les recherches futures ainsi que dans le cadre des traitements, il serait utile de prendre en compte que les personnes dépendantes à l'alcool ou aux drogues sont plus susceptibles que ceux de la population générale d'utiliser différents mécanismes de défense pour se protéger contre la menace du sida.

RÉFÉRENCES

- Adams, J., Shields, G. (1996). HIV/AIDS - an Ohio community assessment. *Ohio Journal of Science*, 96, 3, 45-51.
- Amaro, H. (1995). Love, sex, and power : considering women's realities in HIV prevention. *American Psychologist*, 50, 437-447.
- Aspinwall, L.G., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., Schneider, S.G. et Dudley, J.P. (1991). Psychosocial predictors of gay men's AIDS risk-reduction behavior. *Health Psychology*, 10, 432-444.
- Avins, A.L., Woods, W.J., Lindan, C.P., Hudes, E.S., Clark, W. et Hulley, S.B. (1994). HIV infection and risk behaviors among heterosexuals in alcohol treatment programs. *JAMA*, 271, 515-518.
- Bagnall, G., Plant, M. et Warwick, W. (1990). Alcohol, drugs and AIDS-related risks : Results from a prospective study. *AIDS Care*, 2, 309-317.
- Bandura, A. (1990). Perceived self efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation Program Planning* 13, 9-17.
- Basch, C.E. (1987). Focus group interview : An underutilized research technique for improving theory and practice in health education. *Health Education Quarterly*, 14, 411-448.
- Becker, M.H. (1974). The health belief model and sick role behavior. In M. H. Becker (Ed.). *The Health Belief Model and Personal Health Behaviour*. Thornfare, New Jersey : Charles B. Slack Inc., pp. 82-92.
- Bisson, J. (1997). *L'objectif de Santé et de Bien-être visant la consommation d'alcool : proposition de modèles de consommation visant la réduction des problèmes liés à l'alcool*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Catania, J. A., Coates, T. J. et Kegeles, S. (1994). A test of the AIDS Risk Reduction Model : psychosocial correlates of condom use in the AMEN cohort survey. *Health Psychology*, 13, 548-555.
- Cates, W., Stewart, F.H. et Trussell, J. (1992). Commentary : The quest for women's prophylactic methods - hopes vs science. *American Journal of Public Health*, 82, 1479-1482.
- Centers for Disease Control. (1991). *National HIV Serosurveillance Summary : Results Through 1990*, Vol. 2, HIV/NCID/11-91/011, Rockville, Md. : Department of Health and Human Services.

Centre de coordination sur le sida. (1996). *Surveillance des Cas de Syndrome d'Immunodéficience Acquise (Sida), Québec, Cas Cumulatifs 1979-1996 : Mise à Jour n° 96-1 : Montréal-Centre (Régie Régionale 06)*. Montréal : Centre de coordination sur le sida.

Coombs, R.B., Jensen, P, Her, M.H.H., Ferguson, B., Jarry, J.L., Wong, J.S.W. et Abrahamsohn, R.V. (1995). *Review of the Scientific Literature on the Prevalence, Consequences, and Health Costs of Noncompliance And Inappropriate Use in Prescription Medication in Canada*. Toronto : Toronto University Press : Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada.

Cooper, M.L. (1992). Alcohol and increased behavioral risk for AIDS. *Alcohol Health and Research World*, 16, 64-72.

Discenza, S. Nies, M. et Jordan, C. (1996). Effectiveness of counseling in the Health promotion of HIV-positive clients in the community. *Public Health Nursing*, 13,3,209-216.

Du Guerny, J. et Sjoberg, E. (1993). Inter-relationship between gender relations and the HIV-AIDS epidemic : some possible considerations for policies and programmes. *AIDS*, 7, 1027-1034.

Ericksen, K.P. et Trocki K.F. (1992). Behavioral risk factors for sexually transmitted diseases in American households. *Social Science and Medicine*, 34, 843-853.

Fishbein, M., Trafimow, D., Middlestadt, S.E., Helquist, M., Francis, C. et Eustace, M.A. (1995). Using an AIDS KABP survey to identify determinants of condom use among sexually active adults from St.Vincent and the Grenadines. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1-20.

Fitterling, J.M., Matens, P.B., Scotti, J.R. et Allen, J.S. (1993). AIDS risk behaviors and knowledge among heterosexual alcoholics and non-injecting drug users. *Addiction*, 88, 1257-1265.

Flaskerud, J.H. Calvillo E.R. (1991). Beliefs about AIDS, health, and illness among low-income Latina women. *Research in Nursing and Health*, 14, 431-438.

George, W.H. et Norris, J. (1991). Alcohol, disinhibition, sexual arousal, and deviant sexual behavior. *Alcohol Health and Research World*, 15, 133-138.

Goldman, M.S. et Roehrich, L. (1991). Alcohol expectancies and sexuality, *Alcohol Health and Research World*, 15, 126-132.

Guyon, L. et Landry, M. (1996). L'abus de substances psychoactives, un problème parmi d'autres? Portrait d'une population en traitement. *Psychotropes, Revue Internationale des Toxicomanies*, 1, 61-81.

Heffernan, R., Chiasson, M. A. et Sackoff, J. E. (1996). HIV risk behaviors among adolescents at a sexually transmitted disease clinic in New York City. *Journal of Adolescent Health*, 18, 429-434.

Hilton, M.E. (1991). Demographic characteristics and the frequency of heavy drinking as predictors of self-reported drinking problems. In W.C. Clark et M.E. Hilton (Eds.) : *Alcohol in America. Drinking practices and problems* (pp. 192-212). Albany, NY : State University of New York.

Keighan, S. et Nadeau, L. (1994). La prévalence des conduites de risques chez deux groupes de toxicomanes. *Dépendances*, 6, 17-26.

Kline, A., Kline, E. et Oken, E. (1992). Minority women and sexual choice in the age of AIDS. *Social Science and Medicine*, 34, 447-457.

Konde-Lule, J.K., Musagara, M. et Musgrave, S. (1993). Focus group interviews about AIDS in Rakai district of Uganda. *Social Science and Medicine*, 37, 679-684.

Koopman, C. Rosario, M. et Rotheram-Borus, M.J. (1994). Alcohol and drug use and sexual behaviors placing runaways at risk for HIV infection. *Addictive Behaviors*, 19, 95-103.

Krueger, R.A. (1994). *Focus Groups : A Practical Guide for Applied Research*, (2nd ed.). Thousand Oaks : Sage Publications.

Laflamme-Cusson, S., Guyon, L., Landry, M. (1994). *Analyse Comparée de la Clientèle de Trois Centres de Réadaptation Pour Personnes Alcooliques et Toxicomanes à Partir de l'IGT*. Montréal : Cahiers de recherche du RISQ.

Landry, M., Nadeau, L. et Racine, S. (1996). *La Prévalence des Troubles de la Personnalité dans les Centres de Réadaptation du Québec*. Montréal : Cahiers de recherche du RISQ.

Lauchli, S., Heusser, R., Tschopp, A., Gutzwiller, F. et The Research Group of the Swiss HIV Prevention Study. (1996). Safer sex behavior and alcohol consumption. *Annual Epidemiology*, 6, 375-364.

Lecavalier, M. (1991). *L'abus de Drogues Licites et de Cocaïne Chez les Femmes en Traitement : Différences et Similitudes Dans les Stratégies d'Approvisionnement et Dans les Conséquences Qui s'y Rattachent Ainsi que les Antécédents Personnels*. Mémoire de Maître ès sciences en service social, Montréal : Université de Montréal.

Leigh, B.C. (1990a). Alcohol and unsafe sex : An overview of research and theory. In D. Seminara, A. Pawlowski et R. Watson (Eds), *Alcohol, Immunomodulation, and AIDS*. New York : Alan R. Liss, pp. 35-46.

Leigh, B.C. (1990b). The relationship of substance use during sex to high-risk sexual behavior. *The Journal of Sex Research*, 27, 199-213.

Leigh, B.C. (1993). Alcohol consumption and sexual activity as reported with a diary technique. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 490-493.

- Leigh, B.C., Temple, M.T. et Trocki, K.F. (1994). The relationship of alcohol use to sexual activity in a U.S. national sample. *Social Science and Medicine*, 39, 1527-1535.
- Lisansky Gomberg, E. (1988). Alcoholic women in treatment : the question of stigma and age. *Alcohol and Alcoholism*, 23, 507-514.
- Mahler, J., Yi, D., Sacks, M., Dermatis, H., Stebinger, A., Card, C. et Perry, S. (1994). Undetected HIV infection among patients admitted to an alcohol rehabilitation unit. *American Journal of Psychiatry*, 151, 439-440.
- Maisto, S.A., Galizio, M. et Connors, G.J. (1995). *Drug Use and Abuse* (2nd ed). New York : The Harcourt Press.
- Maxwell, C. et Boyle, M. (1995). Risky heterosexual practices amongst women over 30 : Gender, power and long term relationships. *AIDS Care*, 7, 277-295.
- Mcewan, R.T., McCallum, A., Bhopal, R.S. et Madhok, R. (1992). Sex and the risk of HIV infection : the role of alcohol. *British Journal of Addiction*, 87, 577-584.
- Menninger, K.A. (1938). *Man Against Himself*. New York : Harcourt, Brace and Wold.
- Migner, J. (1994). *Les Contextes Pouvant Favoriser des Conduites de Risque Associées à la Transmission du Virus VIH-SIDA Chez les Toxicomanes et Chez les Femmes*. Montréal : Département de psychologie, Université de Montréal.
- Morrill, A.C., Ickovics, J.R., Golubchikov, V.V. Beren, S.E. Rodin, J. (1996). Safer sex : social and psychological predictors of behavioral maintenance and change among heterosexual women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 4, 819-828.
- O'Brien, K. (1993). Using focus groups to develop health surveys : An example from research on social relationships and AIDS-preventive behavior. *Health Education Quarterly*, 20, 361-372.
- Plant, M.A. (1990). Alcohol, sex and AIDS. *Alcohol and Alcoholism*, 25, 293-301.
- Rado, S. (1933). La psychanalyse des pharmacothymies, *Revue Française de Psychanalyse*, 4, 603-618.
- Ruefli, T., Yu, O. et Barton, J. (1992). Sexual risk taking in smaller cities : The case of Buffalo, New York. *The Journal of Sex Research*, 29, 95-108.
- Santé Québec. (1992). *Enquête sur les Facteurs de Risque Associés au SIDA et aux Autres MTS : La Population des 15-29 Ans. 1991*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Scheidt, D.M. et Windle, M. (1995). The alcoholics in treatment HIV risk (ATRISK) study : Gender, ethnic and geographic group comparisons. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 300-308.

Schuckit, M.A. et Monteiro, M.S. (1988). Alcoholism, anxiety and depression. *British Journal of Addiction*, 83, 1373-1380.

Scrimshaw, S.C.M., Carballo, M., Ramos, L. et Blair, B.A. (1991). The AIDS rapid anthropological assessment procedures : A tool for health education planning and evaluation. *Health Education Quarterly*, 18, 111-123.

Soubrier, P. (1981). *Drogues Toxicomanogènes et Leurs Effets*. Paris : Pergamon Press.

Strebel, A. (1996). Prevention implications of AIDS discourses among South African Women. *AIDS Prevention and Education*, 8, 4, 352-374.

Stall, R. (1988). The prevention of HIV infection associated with drug and alcohol use during sexual activity. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 7, 73-88.

Stall, R., McKusick, L., Wiley, J., Coates, T.J. et Ostrow, D.G. (1986). Alcohol and drug during sexual activity and compliance with safe sex guidelines for AIDS : The AIDS behavioral research project. *Health Education Quarterly*, 13, 359-371.

Stiffman, A.R., Doré, P., Earls, F. et Cunningham, R. (1992). The influence of mental health problems on AIDS-related risk behaviors in young adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 314-320.

Stockwell, T., Hawks, D., Lang.E., Rydon., P. (1994). *Unraveling the Prevention Paradox*. Perth, Australia : National Center for Research into Prevention of Drug Abuse.

Temple, M.T. et Leigh, B.C. (1992). Alcohol consumption and unsafe sexual behavior in discrete events. *Journal of Sex Research*, 29, 207-219.

Williams, S.S., Kimble, D.L., Covell, N.H., Weiss, L.H., Newton, K.J., Fisher, J.D. et Fisher, W.A. (1992). College students use implicit personality theory instead of safer sex. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 921-933.

Wilson, T. C., Jaccard, J., Levinson, R.A., Minkoff, H., Endias, R. (1996). Testing for HIV and other sexually transmitted diseases : implications of risk behavior in women. *Health Psychology*, 15, 4, 252-260.

Windle, M. (1989). High-risk behavior for AIDS among heterosexual alcoholics : A pilot study. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 503-507.

Wingood, G.M., Diclemente, R.J. (1996). HIV sexual risk reduction interventions for women : a review. *American Journal of Preventive Medicine*, 12, 3, 209-217.

Worth, D. (1989). Sexual decision-making and AIDS : Why condom promotion among vulnerable women is likely to fail. *Studies in Family Planning*, 20, 297-307.

Wulfert, E., Wan, C.K., Backus, C.A. (1996). Gay men's safer sex behavior : an integration of three models. *Journal of Behavior Medicine*, 1, 4, 354-266.

Zimmerman, R. S. et Olson, K. (1994). Aids-related behavior and behavior change in a sexually active heterosexual sample : a test of three models of prevention. *Aids Education and Prevention*, 6, 189-205.