

Article

« La contribution des personnes vivant avec le VIH-sida au renouvellement de la prévention »

Isabelle Lafleur, Germain Trottier and Jocelyn Lindsay

Service social, vol. 50, n° 1, 2003, p. 280-294.

To cite this article, use the following address :

<http://id.erudit.org/iderudit/010712ar>

Notice: citation formatting rules may vary according to different fields of knowledge.

This document is subject to copyright. All services operated by Érudit available for your use are also subject to the terms and conditions set forth in this document <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html?lang=en>

Érudit is a non-profit multi-institutional publishing consortium comprising the Université de Montréal, the Université Laval and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to produce and disseminate scholarly documentation. Érudit offers digital publishing services for scientific journals since 1998.

To contact the Érudit team : erudit@umontreal.ca

La contribution des personnes vivant avec le VIH-sida au renouvellement de la prévention¹

Isabelle LAFLEUR

Professeure associée

École de service social, Université Laval

Courriel : isabelle.lafleur@svs.ulaval.ca

Germain TROTTIER

Professeur associé

École de service social, Université Laval

Courriel : germain.trottier@svs.ulaval.ca

Jocelyn LINDSAY

Professeur titulaire

École de service social, Université Laval

Courriel : jocelyn.lindsay@svs.ulaval.ca

Cet article porte sur les stratégies préventives utilisées par 84 femmes et hommes séropositifs. Son originalité est qu'il revoit la prévention à partir des concepts de l'interactionnisme symbolique s'intéressant à la sexualité et des principes de l'autodétermination et de la dialectique personne/environnement. Les résultats de la recherche révèlent que les stratégies préventives s'articulent à travers une diversité de pratiques et de situations. De plus, les concepts utilisés peuvent contribuer au renouvellement de la prévention dans le domaine du VIH-sida. Cela est d'autant plus pertinent que cette problématique, actuellement moins médiatisée, demeure toujours aussi présente dans le quotidien des personnes.

Mots-clés : VIH-sida, interactionnisme symbolique, autodétermination, travail social, dialectique personne/environnement.

The subject of this article is the preventive strategies used by 84 HIV-positive women and men. Its originality lies in the fact that it gives a new look on prevention. This new manner of considering prevention is studied with concepts from symbolic interactionism and self-determination and person/environment dialectic. Results show that these strategies are articulated through a diversity of practices and situations. They also show that the concepts used can be helpful to the renewal of the prevention in HIV/AIDS domain. These results are pertinent because, even though HIV/AIDS is now less in the news, it is always present in the day-to-day life of the people.

Key words : HIV/AIDS, symbolic interactionism, person/environment dialectic, social work, self-determination.

1. L'obtention d'une bourse doctorale du Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR) a facilité la réalisation de cette recherche par Isabelle Lafleur, dirigée par Germain Trottier et Jocelyn Lindsay.

INTRODUCTION

En 1996 débutaient des thérapies médicamenteuses qui allaient modifier l'évolution de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH). À tort ou à raison, ces thérapies suscitaient beaucoup d'espoir, comme si elles allaient répondre à elles seules aux besoins engendrés par le VIH-sida (Lévy *et al.*, 2002). Au cours des mêmes années, sur le plan de la prévention contre la transmission du VIH, l'on sent un piétinement (Dannecker, 2002; Fréchette, 2002). Différentes variables sont explorées afin de déterminer celle qui expliquerait la prise de risque. Isolément, aucune des variables n'offre d'explication satisfaisante; c'est du moins ce qui ressort de la recension des écrits faite dans le cadre de notre thèse de doctorat. Une relecture du matériel colligé lors de cette recension est proposée ici. Une enquête par questionnaire a permis de valider cette relecture sur une base empirique. Différents résultats viennent appuyer sa pertinence.

PROBLÉMATIQUE

Que les personnes séropositives demeurent actives sexuellement une fois qu'elles connaissent leur diagnostic n'est plus à démontrer. Au 31 décembre 1999, de multiples recherches avaient été menées afin de connaître ce qu'il en était de la prise de risque sexuel pour ces personnes. Parmi les 14 études consultées qui indiquaient la prévalence de la prise de risque, celle-ci variait entre 7,1 % (Posner et Marks, 1996) et 42 % (Kalichman, 1999). Ces études, ainsi que 27 autres, ont aussi tenté de dégager des variables pouvant influencer la prise de risque, soit : des caractéristiques sociodémographiques; le diagnostic reçu; le temps écoulé depuis le diagnostic; des facteurs psychologiques; le type de partenaire; l'acculturation; l'usage de drogues ou d'alcool et le dévoilement de la séropositivité.

L'analyse de ces études a permis de poser quatre constats :

- L'utilisation du condom et les pénétrations anales, vaginales ou orales, ainsi que les facteurs qui influencent ces pratiques demeurent dans plusieurs études les indicateurs privilégiés pour évaluer la prévention. Le dévoilement de la séropositivité, le type de partenaire, l'adoption de nouvelles pratiques sexuelles et l'abandon de lieux de rencontre sont aussi considérés dans certaines recherches.
- Les facteurs psychologiques étudiés sont multiples (détresse psychologique, sentiment de contrôle interne et externe, stratégies d'adaptation, différents stressors, prédicteurs comportementaux et intentionnels) et les résultats obtenus en ce domaine sont divergents, parfois même contradictoires.
- Aucune stratégie préventive ne semble infaillible ou parfaitement prédictible. Des séroconversions ont été observées malgré l'utilisation du condom; l'absence de séroconversion est constatée dans des couples asymétriques qui n'utilisent pas le

condom; le dévoilement (et le non-dévoilement) de la séropositivité ne conduit pas systématiquement à des pratiques sexuelles préventives.

– L'ensemble des stratégies préventives utilisées par les personnes séropositives pour contrer le VIH n'a jamais été rassemblé en une seule étude.

Ces constats mettent en évidence le fait que les recherches consultées ont fragmenté la réalité, chacune n'étudiant que quelques aspects de la prise de risque. Un cadre théorique plus large pour appréhender la prise de risque pourrait permettre de considérer simultanément l'ensemble des aspects répertoriés et de réaffirmer la dimension humaine de la prise de risque. Les théories constructivistes qui s'intéressent à la sexualité humaine rejoignent ces deux considérations et particulièrement l'interactionnisme symbolique (Dorais, 1994; Longmore, 1998). De plus, cette théorie permet d'établir des liens avec le travail social (Dorais, 1990), dont ses principes d'autodétermination et de dialectique personne/environnement.

CADRE CONCEPTUEL

Selon les domaines où l'interactionnisme symbolique a été appliqué, son évolution et son développement diffèrent (De Queiroz et Ziolkowski, 1997). À l'intérieur d'un même domaine, son usage est parfois polymorphe. C'est le cas notamment dans le domaine de la sexualité (Longmore, 1998). Malgré ces particularités, il demeure un corpus de connaissances dûment reconnaissable à trois principes fondamentaux définis par Blumer (1969, dans De Queiroz et Ziolkowski, 1997, p. 31) : 1) les humains agissent à l'égard des choses en fonction du sens que les choses ont pour eux; 2) ce sens est dérivé ou vient des interactions de chacun avec autrui et 3) c'est dans un processus d'interprétation mis en œuvre par chacun dans le traitement des objets rencontrés que ce sens est manipulé et modifié. Les concepts de l'interactionnisme symbolique repris dans cette recherche sont les dimensions qui renvoient aux niveaux de signification dans les activités sexuelles (Simon et Gagnon, 1986, dans Dorais, 1994), ainsi qu'à celui de l'association du concept de pratique sociale aux pratiques sexuelles introduite par Plummer (1982a, dans Dorais, 1994).

En ce qui concerne les dimensions correspondant aux niveaux de signification, nous en relevons trois : la dimension historique, où le sens que la culture donne à un désir ou à un comportement est pris en compte; la dimension relationnelle, où le sens des activités sexuelles entre partenaires est considéré; la dimension biographique, où prime le sens donné par la personne à ses comportements.

L'association des pratiques sexuelles à une pratique sociale permet de comprendre que les pratiques sexuelles : 1) visent l'atteinte de plusieurs objectifs; 2) sont influencées par la signification donnée par la culture et 3) sont socialement définies en termes de normalité et de déviance. Ainsi, la prévention pourrait n'être qu'un des objectifs à atteindre dans la sexualité, et la signification des pratiques sexuelles effectives pourrait être différente de celle qui est socialement postulée. Quant au troisième point, il interroge la place que devrait occuper la personne séropositive

dans le champ de la prévention étant donné que la séropositivité tend à stigmatiser, à marginaliser (Dannecker, 2002; Lévy *et al.*, 2002; Perreault, 1994).

Cette théorie est mise en lien avec l'autodétermination et la dialectique personne/environnement, deux principes du travail social. L'autodétermination renvoie à une conception où la personne est vue comme étant la mieux placée pour savoir ce qui lui convient (Biestek et Gehrig, 1978; Freedberg, 1989; Perlman, 1965), pour faire des choix et les élaborer (Weick et Pope, 1988), bien que certains contextes soient limitatifs à cet égard (Rothman, 1989). Les choix faits ne sont pas nécessairement les meilleurs ou les plus appropriés, mais le processus par lequel les personnes y parviennent peut servir pour l'intervention (Weick et Pope, 1988).

Quant à la lecture dialectique personne/environnement, elle met en évidence une réciprocité entre la personne et l'environnement dans lequel celle-ci évolue (Gordon, 1971; OPTSQ, 2001; Pardeck, 1996; Shulman, 1979), même si l'accent est parfois mis sur l'une ou l'autre de ces parties (Gordon, 1971). Cette dialectique permet de voir la personne comme étant active par rapport à elle-même et à son environnement. En retour, l'environnement influence la personne, l'incite à agir d'une certaine façon plutôt que d'une autre. Schwartz (1976) parle de la symbiose entre la personne et l'environnement pour rendre évidente leur interdépendance.

La conjugaison de ces principes du travail social avec les concepts provenant de l'interactionnisme symbolique permet la relecture suivante des variables influençant la prise de risque. Si la personne est perçue comme étant capable de s'autodéterminer, il est possible que les variables habituellement identifiées comme influençant l'usage du condom soient des choix préventifs faits par la personne. Par exemple, en guise de stratégies préventives, la personne peut choisir de dévoiler sa séropositivité ou d'éviter les partenaires sexuels occasionnels. Ses choix peuvent être motivés par différentes raisons, comme le fait d'être plus facilement conciliables avec d'autres objectifs présents dans la sexualité. Cette relecture interroge la signification sociale généralement dévolue aux comportements ici posés comme stratégies préventives. De plus, elle reconnaît aux personnes séropositives souvent marginalisées le pouvoir de choisir. Elle est aussi en harmonie avec le principe d'une dialectique personne/environnement en situant la personne en interaction avec son environnement. Pour leur part, les concepts de l'interactionnisme symbolique permettent d'intégrer l'ensemble des variables dégagées lors de la recension des écrits et d'opérationnaliser la dialectique personne/environnement.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une recherche exploratoire réalisée auprès de personnes séropositives au VIH fréquentant des établissements montréalais spécialisés dans cette problématique. Les données ont été colligées de septembre 1998 à mars 1999 inclusivement à l'aide d'un questionnaire prétesté et auto-administré à questions fermées et ouvertes. Les réponses aux questions ouvertes ont été catégorisées, codifiées et enregistrées dans la banque de données avec les réponses aux questions fermées.

Dans cette recherche, les variables retenues sont les suivantes. Pour la dimension historique : des normes sociales influençant la prévention et des lieux de rencontre. Pour la dimension biographique : les pratiques sexuelles de la dernière année; les partenaires sexuels; la responsabilité de prévenir la transmission du VIH; les stratégies préventives utilisées; l'opérationnalisation des stratégies préventives; l'incidence de situations de vie sur la prévention; des connaissances; des données sociodémographiques et l'état de santé. Pour la dimension relationnelle : les pratiques préventives en fonction de la sérologie du ou de la partenaire; des situations de pouvoir (répondant dominant et répondant dominé) et des motivations sous-jacentes à la sexualité. Les stratégies préventives qui se retrouvent dans la dimension biographique sont subdivisées en sous-dimensions biographique (si elles ne concernent que la personne), relationnelle (lorsqu'elles sont nécessairement partagées) et historique (les lieux de rencontre).

Les analyses de corrélation et de régression linéaire ainsi que les analyses factorielles ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS 9.0. Seules les variables sexe et orientation sexuelle sont considérées pour l'ensemble des analyses. Les variables sexe, orientation sexuelle, état de santé, statut sérologique des partenaires, normes sociales et lieux de rencontre ont été considérées comme variables indépendantes dans les analyses de régression. Les variables pratiques sexuelles et stratégies préventives ont, tour à tour, été considérées comme variables dépendantes et comme variables indépendantes. Lorsque les stratégies préventives étaient considérées comme variables dépendantes, les pratiques sexuelles étaient considérées comme variables indépendantes et vice versa. Pour leur part, les analyses factorielles ont été menées pour les variables pratiques sexuelles et stratégies préventives. Seuls les résultats portant sur les stratégies préventives sont ici présentés selon la diversité de pratiques et de situations à l'intérieur desquelles ont lieu les pratiques sexuelles et préventives.

L'échantillon se compose de 69 hommes et 15 femmes. Soixante personnes ont des relations sexuelles avec des personnes du même sexe et 17 autres exclusivement avec des personnes du sexe opposé. Pour sept personnes, les données sur le sexe des partenaires sont manquantes.

LES STRATÉGIES PRÉVENTIVES : UNE DIVERSITÉ DE PRATIQUES

Les personnes participant à l'étude utilisent en moyenne 3,70 stratégies préventives (min. 0 et max. 10). Une seule personne a indiqué ne jamais utiliser de stratégies préventives. Il n'y a pas de différence selon le genre ou l'orientation sexuelle dans le nombre de stratégies utilisées.

Tableau 1

Fréquence des stratégies préventives

Stratégies préventives	Pourcentage des personnes qui ont utilisé ces stratégies (n = 83) ¹
Utiliser le condom	67,5
Éviter les pénétrations anales	30,1
Augmenter les caresses	30,1
Augmenter la masturbation	30,1
Diminuer le nombre de partenaires	25,3
Être continent	22,9
Éviter les partenaires occasionnels	22,9
Augmenter les baisers	19,3
Pratiquer le retrait précoïtal	15,7
Utiliser des jouets sexuels	15,7
Augmenter les massages	14,5
Pas de drogues avant les relations sexuelles	13,3
Éviter certains lieux de rencontre	13,3
Pas d'alcool avant les relations sexuelles	12,0
Éviter les pénétrations vaginales ²	11,2
Avoir des partenaires séropositifs	10,8
Être abstinent(e)	10,8
Éviter les pénétrations oro-génitales	6,0
Éviter les partenaires réguliers	6,0
Avoir un seul ou une seule partenaire	3,6

1. La personne n'ayant pas utilisé de stratégies préventives au cours de la dernière année est exclue de cette analyse.

2. Pourcentage calculé à partir du nombre de personnes d'orientation hétérosexuelle sans les abstinentes et les abstinents (n = 17).

Le premier tableau montre bien que les personnes modifient leurs pratiques sexuelles dans une visée préventive. Ces modifications consistent en l'évitement de certains comportements et en l'ajout (ou l'augmentation) de nouveaux. Le tableau révèle aussi que certaines stratégies sont utilisées, même si au moment de la recherche ces stratégies n'étaient pas largement promues. Par exemple, utiliser les jouets sexuels. De toute évidence, les participantes et participants à l'étude ont bâti leurs propres stratégies préventives, ce qui est également constaté dans d'autres recherches (Lévy et al., 2002). Finalement, notons que certaines des stratégies visent l'évitement de pratiques sexuelles à risque, tandis que d'autres concernent l'évitement de situations à risque (évitement de lieux de rencontre, non-usage de drogues ou d'alcool avant les relations sexuelles, etc.).

Des analyses factorielles ont été faites pour les stratégies préventives. La solution factorielle repose sur 12 stratégies. On peut voir (tableau 2) que le premier facteur explicatif, « augmenter les pratiques sexuelles à très faible risque », regroupe des stratégies préventives ayant une très faible incidence pour la transmission du VIH. Bien qu'il s'agisse de pratiques sexuelles, il semble que ces pratiques comportent aussi une visée préventive aux yeux des participants.

Tableau 2
Solution factorielle des stratégies préventives¹

Stratégies préventives (n = 83)	Augmenter les pratiques à très faible risque	Éviter alcool et drogues	Stratégie générale	Stratégie concrète	Utiliser le condom
Augmenter les baisers	0,804				
Augmenter les caresses	0,755				
Augmenter la masturbation	0,729				
Augmenter les massages	0,703				
Pas d'alcool avant les relations sexuelles		0,919			
Pas de drogues avant les relations sexuelles		0,825			
Diminuer le nombre de partenaires			0,839		
Éviter des lieux de rencontre			0,835		
Éviter les pénétrations oro-génitales				0,832	
Éviter les partenaires occasionnels				0,743	
Utiliser le condom					0,816
Être abstinent					-0,773
Variances	19,39 %	14,54 %	12,16 %	12,10 %	11,75 %

1. Afin de faciliter la lecture du tableau, seules les données significatives sont indiquées.

2. Variance totale = 69,94 % et KMO = 0,589.

Le deuxième facteur, « éviter l'alcool et les drogues », regroupe des stratégies relatives à des substances qui altèrent le jugement et incitent à courir davantage de risques. Aussi, pour plusieurs personnes séropositives, en dehors du fait que diminuer l'usage de l'alcool ou des drogues est une stratégie préventive pour la sexualité, la diminution de l'usage de ces produits fait partie des moyens pris pour « prendre soin » de leur santé.

Deux stratégies d'évitement composent le troisième facteur, « stratégie générale », qui représente, en fait, la diminution du nombre de partenaires et l'évitement de certains lieux de rencontre. Aucune précision n'est apportée quant au volume de diminution ou au type de partenaire. La deuxième variable de ce score factoriel est « éviter certains lieux de rencontre ». Tout comme pour diminuer le nombre de partenaires, ce choix est imprécis, d'autant plus qu'il n'est pas associé à l'évitement de certains partenaires, ce qui aurait pu apporter des précisions². La définition

2. Si ces lieux sont les mêmes pour les deux types de partenaires, la recherche révèle que les partenaires occasionnels sont trouvés, quatre fois plus souvent que les partenaires réguliers, dans les lieux de rencontre anonymes, alors que les partenaires réguliers sont trouvés deux fois plus souvent dans des lieux sociaux que dans des lieux anonymes.

retenue pour ce facteur est que la personne a eu une prise de conscience, mais que, les moyens à prendre pour qu'elle soit plus préventive n'étant pas encore bien définis, ils demeurent de l'ordre du général.

Le quatrième facteur, la « stratégie concrète », porte sur le fait d'éviter les pénétrations oro-génitales et d'éviter les partenaires occasionnels. Par comparaison avec les stratégies qui composent le troisième facteur, ces stratégies préventives sont mieux définies.

Le cinquième facteur, « utiliser le condom », est composé des variables « utiliser le condom » et « être abstinent ». Les personnes ont ainsi exprimé leur conception de l'abstinence qui n'exclurait pas toutes les pratiques sexuelles, mais uniquement celles qui nécessitent l'usage du condom.

LES STRATÉGIES PRÉVENTIVES : UNE DIVERSITÉ DE SITUATIONS

À partir des analyses factorielles, mais aussi d'analyses de corrélation et de régression (tableau 3), deux profils de prévention dans la sexualité ont pu être dégagés. Ces profils ne sont pas exclusifs; certaines personnes font partie des deux profils³. Ils mettent en évidence un lien existant entre les personnes et leur environnement et ils ébranlent la vision unitaire pouvant être présente en sexualité préventive. D'autres recherches devront être effectuées pour les préciser davantage.

3. Dans l'année précédant leur participation à la recherche, 31,0 % des personnes de l'échantillon n'ont pas eu de partenaire sexuel régulier; 40,5 % n'ont pas eu de partenaire occasionnel; 36,9 % ont eu le ou les mêmes partenaires réguliers depuis plus d'un an, 58,1 % de ce dernier sous-échantillon n'ayant pas eu de partenaire occasionnel de manière concomitante.

Tableau 3

Facteurs influençant les stratégies préventives

	Augmenter les pratiques sexuelles à très faible risque (n = 56)				Éviter alcool et drogues (n = 56)				Stratégie générale (n = 56)				Stratégie concrète (n = 56)				Utiliser le condom (n = 56)			
	B	Beta	t	Sig	B	Beta	t	Sig	B	Beta	t	Sig	B	Beta	t	Sig	B	Beta	t	Sig
Pratiques à faible risque	0,306	0,265	2,023	0,048																
80 échelle Karnofsky					0,872	0,273	2,086	0,042												
Baisse activité sexuelle									0,983	0,467	4,008	<0,001								
Lieux de rencontre anonymes/partenaire occasionnels									0,705	0,360	3,079	0,003								
Pas de partenaires occasionnels													0,767	0,381	3,028	0,004				
Ne sait pas si partenaires séro+																	-0,529	0,304	2,348	0,023
Constante	-1,91 E-02				-0,100				8,658 E-02				-0,345				-0,557			
r ²	0,070				0,075				0,093				0,145				0,294			

Le premier profil est associé à une sexualité furtive, composée de pratiques sexuelles à faible risque et des stratégies préventives « générale », « concrète » et « augmenter les pratiques à très faible risque » qui ont cours dans des contextes et des lieux davantage propices au risque. Par exemple avec des partenaires occasionnels, multiples, dans des lieux de rencontre anonymes. Le deuxième profil suggère une sexualité d'engagement où les pratiques sexuelles à risque (pénétrations vaginales et anales) priment (avec l'usage concomitant de stratégies préventives), avec des partenaires sexuels réguliers.

Ces résultats mettent en exergue que ce sont les contextes, plutôt que les pratiques sexuelles, qui seraient à risque. Par exemple, pour le premier profil, le caractère occasionnel est générateur de risque, d'autant plus qu'il incite peu les partenaires à s'informer de leur état sérologique (Huggins *et al.*, 1991; Perry *et al.*, 1994; Wolitski *et al.*, 1998; Fortin *et al.*, 1993; Fortin et Naccache, 1994). Pour le deuxième profil, certains auteurs mentionnent un lien entre engagement et prise de risque (Green, 1994; Holland *et al.*, 1992; Rosenthal, Gifford et Moore, 1998) ou entre sentiment amoureux et prise de risque (Inf'OMEGA, 1998 et 1999). La prise de risque peut alors être vue comme un témoignage de confiance, d'engagement et de rapprochement (van der Straten *et al.*, 1998; Green, 1994; VanDevanter *et al.*, 1999). Il y a donc la nécessité de tenir compte de ces contextes dans la prévention et d'élargir notre vision des variables la composant ainsi que le permet l'interactionnisme symbolique.

IMPLICATIONS POUR LA PRÉVENTION

À la lumière des résultats présentés, la relecture proposée semble pertinente pour élargir notre vision de la prévention. En effet, même si elles ne répondent pas toujours aux définitions « classiques » du comportement préventif, les stratégies préventives des personnes interrogées semblent cohérentes et adaptées au risque. Ainsi, les personnes recourent à un ensemble de stratégies préventives et, selon les situations où elles se retrouvent, les stratégies mises en œuvre ne sont pas les mêmes. À travers une diversité de solutions alternatives pour les stratégies préventives, les pratiques sexuelles, les situations de vie, les interactions avec un éventail de partenaires sexuels et les lieux de rencontre, les personnes arrivent à faire des choix, à agir et à être préventives, bref à s'autodéterminer.

On ne peut passer sous silence le fait, mis en évidence par la recherche, que certaines personnes sont actives par rapport à leur environnement, puisqu'elles s'approprient les informations préventives disponibles et qu'elles les adaptent à leur réalité. Ces personnes ne font pas que se conformer aux messages préventifs : elles analysent leur scénario sexuel et déterminent le risque qu'il comporte, plutôt que d'appliquer des stratégies de manière uniforme. Le principe de la dialectique personne/environnement permet de comprendre que les personnes se sont approprié les informations préventives disponibles. Il oblige aussi à réfléchir à la façon dont l'environnement réagira à cette appropriation, car, dans sa définition, ce principe pose que la personne et l'environnement évoluent ensemble, rétroagissent.

En d'autres mots, la prévention devra dorénavant se bâtir en tenant compte du fait que, d'une certaine manière, les personnes sont déjà préventives. Le défi consiste alors à les amener à l'être encore davantage en misant sur leurs acquis. Les interventions peuvent être menées sur une base individuelle, mais aussi sur la base de programmes de prévention. L'important semble être de laisser une place de choix à la personne, pour lui permettre d'apporter au programme ou à l'intervention, en précisant les stratégies utilisées, les difficultés rencontrées et les enjeux associés. Tout en contribuant, pour la personne, au sentiment d'avoir du pouvoir, cette façon de procéder permet au message préventif d'évoluer, de s'ajuster à la réalité. Comme le laissent entendre les deux profils sur la sexualité qui doivent être davantage documentés, le risque évolue, passant des pratiques à risque aux contextes à risque. Les contextes à risque interpellent la diversité en matière d'interventions préventives, car ces contextes ne se situent pas en vase clos. Plusieurs personnes peuvent y être exposées, certaines en seront affectées dans leurs pratiques sexuelles et stratégies préventives, d'autres pas. Ainsi que le précise Empey, « [...] *society is not organized by a monolithic set of conventional values on which there is universal consensus. Rather, all people are exposed to deviant as well as conformist traditions* » (1982, p. 214).

Cet article débutait en exposant la situation eu égard au VIH et à la prévention à la fin des années 1990. Même en 2003, le VIH demeure une réalité complexe et difficile (Dannecker, 2002; Lévy *et al.*, 2002). Au Québec, comme ailleurs en Amérique du Nord, les gens meurent beaucoup moins du sida, le taux de mortalité y ayant baissé de 81 % entre 1995 et 2001 (Turmel et Desrochers, 2002, p. 22). Les personnes séropositives sont souvent soumises à des multithérapies médicamenteuses. Ces thérapies ont des effets iatrogènes importants (et parfois létaux) qui constituent d'autres atteintes à la qualité de vie des personnes séropositives (Dannecker, 2002; Lévy *et al.*, 2002). La prévention s'avère donc toujours de mise.

CONCLUSION

La perspective explorée dans cette recherche à l'effet d'élargir notre façon de concevoir la prise de risque et la prévention, eu égard aux comportements sexuels à risque de transmission du VIH, semble prometteuse. La recherche a été réalisée auprès de personnes vivant avec le VIH. Ces personnes contribuent de multiples façons à la prévention. Plus précisément, les personnes séropositives ne font pas qu'appliquer la prévention, elles semblent se l'approprier et l'adapter à leur réalité : aux partenaires avec qui elles interagissent et aux situations où elles se trouvent. Dans l'avenir, il serait enrichissant de les inclure davantage dans la réflexion sur la prévention. Leur participation à cette réflexion est susceptible de les influencer, tout en étant une contribution directe à la prévention dont le message doit constamment évoluer et s'adapter aux nouvelles réalités.

Au lieu de chercher la variable qui expliquerait la prise de risque, la perspective explorée ici a permis d'intégrer l'ensemble des variables connues comme influant sur la prévention pour en faire un tout cohérent, qui a du sens. L'interactionnisme

symbolique qui s'intéresse à la sexualité, du moins certains de ses concepts, semble une façon de participer au renouvellement de la prévention, car cette théorie intègre les dimensions individuelle, relationnelle et sociale de la sexualité. Ces dimensions sont reconnues comme inhérentes à la sexualité (Dorais, 1994; Langfeld et Porter, 1986, dans LLCM, 1997; Van Campenhoudt *et al.*, 1994). De plus, cette théorie présente des liens qui rejoignent des principes du travail social, ce qui facilite le transfert et l'appropriation des connaissances pour l'intervention.

Aussi, ces résultats s'inscrivent dans la tendance à définir la prévention en matière de VIH et d'autres problèmes comme étant l'appropriation du pouvoir (Blanchet, 2001; Fréchette, 2002), la santé sexuelle (Santé Canada, 1999; Otis, 1996), la promotion de la santé (MSSS, 1999) ou la réduction des méfaits (Chayer *et al.*, 1997; Hamel *et al.*, 2002). Cette convergence encourage à documenter cette perspective tant par d'autres recherches que par l'intervention. Les initiatives futures sont d'autant plus importantes que les données disponibles sur le VIH-sida mettent en évidence qu'un nombre considérable de personnes sont touchées par ce virus, même au Québec où, à la fin de 1999, 16 400 personnes vivaient avec le VIH dont 1 400 auraient été infectées dans la dernière année (Turmel et Desrochers, 2002, p. 11).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BIESTEK, F.P. et C.C. GEHRIG (1978). *Client Self-Determination in Social Work. A Fifty-Year History*, Chicago, Loyola University Press, 188 p.
- BLANCHET, L. (2001). « La prévention des problèmes psychosociaux et la promotion de la santé et du bien-être. Un champ d'intervention commun », dans H. DORVILLE et R. MAYER (dir.), *Problèmes sociaux, Tome 1 – Théories et méthodologies*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 155-174.
- CHAYER, L. et J.G. LARKIN (sous la dir. de P. MORISSETTE et S. BROCHU) (1997). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientation et stratégie. La réduction des méfaits chez les usagers de substances psychoactives : les actions évaluées*. Document préparé pour le groupe de prévention des toxicomanies, ministère de la Santé et des Services sociaux, 41 p.
- DANNECKER, M. (2002). *Prévention du VIH et sexualité* (document consulté le 14 avril 2003) [www.aidsnet.ch/modules.php?name=News&file=print&sid=1554].
- DE QUEIROZ, J.-M. et M. ZIOLKOWSKI (1997). *L'interactionnisme symbolique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 140 p. (Didact sociologie).
- DORAIS, M. (1990). « Travail social et sexualité humaine : quand les autruches manquent de sable », *Intervention*, n° 85, p. 110-116.

- DORAIS, M. (1994). « La recherche des causes de l'homosexualité : une science-fiction? », dans D. WELZER-LANG, P. DUTEY et M. DORAIS (dir.), *La peur de l'autre en soi. Du sexisme à l'homophobie*, Montréal, VLB Éditeur, p. 92-146 (Des hommes en changement).
- EMPEY, L.T. (1982). *American Delinquency: Its Meaning and Construction*, chap. 10, « Symbolic interactionist theory », Homewood, IL, The Dorsey Press, p. 213-231).
- FORTIN, C. et H. NACCACHE (1994). *Étude d'une cohorte de personnes séropositives au VIH*, Direction de la santé publique de Québec. Document inédit.
- FRÉCHETTE, M. (2002). « Mobilisation de la communauté gaie et changement social », dans G. GODIN, J.J. LÉVY, G. TROTTIER avec la coll. de H. GAGNON, *Vulnérabilités et prévention VIH-sida, Enjeux contemporains*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, p. 301-305.
- FREEDBERG, S. (1989). « Self-determination : Historical perspectives and effects on current practice », *Social Work*, vol. 34, n° 1, p. 33-38.
- GORDON, W.E. (1971). « Basic constructs for an integrative and generative conception of social work », dans G. Hearn (dir.), *The General Systems Approach: Contributions toward an Holistic Conception of Social Work*, New York, Council on Social Work Education, p. 5-11.
- GREEN, G. (1994). « Positive sex : Sexual relationships following an HIV-positive diagnosis », dans P. Aggleton, P. Davies et G. Hart (dir.), *AIDS Foundations for the Future, Social Aspects of AIDS*, Londres et Washington, D.C., Taylor and Francis, p. 136-146.
- HAMEL, D., R. CLOUTIER et P. ROBERGE (2002). « Sondage sur les perceptions de la population en lien avec les programmes de prévention de la toxicomanie et du VIH », dans G. GODIN, J.J. LÉVY et G. TROTTIER (avec la coll. de H. GAGNON), *Vulnérabilités et prévention VIH-sida, Enjeux contemporains*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, p. 16-27.
- HOLLAND, J., C. RAMAZANOGLU, S. SCOTT, S. SHARPE et R. THOMPSON (1992). « Risk, power and the possibility of pleasure : Young women and safer sex », *AIDS Care*, vol. 4, n° 3, p. 273-284.
- HUGGINS, J., N. ELMAN, C. BAKER, R.G. FORRESTER et D. LYTER (1991). « Affective and behavioral responses of gay and bisexual men to HIV antibody testing », *Social Work*, vol. 36, n° 1, p. 61-66.
- INF'OMEGA (1998). Bulletin d'information de la cohorte Oméga, Montréal, vol. 2, n° 2, 12 p.
- INF'OMEGA (1999). Bulletin d'information de la cohorte Oméga, Montréal, vol. 2, n° 2, 12 p.
- KALICHMAN, S.C. (1999). « Psychosocial and social correlates of high-risk sexual behaviour among men and women living with HIV/AIDS », *AIDS Care*, vol. 11, n° 4, p. 415-428.
- LABORATOIRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE (1997). *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle. Définitions*, Santé Canada, 3 p.

- LAFLEUR, I. (2000). *Vie sexuelle et stratégies préventives chez des personnes séropositives au virus d'immunodéficience humaine (VIH)*, Thèse de doctorat, École de service social, Université Laval, 197 p.
- LÉVY, J.J., A. BOURDAGES, R. BASTIEN, J. OTIS, R. PELLETIER et G. TROTTIER (2002). « Les PVVIH à l'ère des multithérapies », dans G. GODIN, J.J. LÉVY, G. TROTTIER (avec la coll. de H. GAGNON), *Vulnérabilités et prévention VIH-sida, Enjeux contemporains*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, p. 201-213.
- LONGMORE, M.A. (1998). « Symbolic interactionism and the study of sexuality », *The Journal of Sex Research*, vol. 35, n° 1, p. 44-57.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Cadre de référence pour la prévention de la transmission de l'infection au VIH*, Direction générale de la santé publique, 25 p.
- ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC (2001). *Définitions des activités professionnelles des travailleurs sociaux*, 4 p.
- OTIS, J. (1996). *Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection au VIH. Bilan d'une décennie de recherche au Québec auprès des adolescents et adolescentes et des jeunes adultes*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 164 p. (Études et analyses 28).
- PARDECK, J.T. (1996). *Social Work Practice. An Ecological Approach*, Westport, Auburn House, 165 p.
- PERLMAN, H.H. (1965). « Self-determination : Reality or illusion? », *Social Service Review*, vol. 39, p. 410-421.
- PERREAULT, M. (1994). « MTS et sida : construction sociale d'une épidémie mondiale », dans F. DUMONT, S. LANGLOIS et Y. MARTIN, *Traité des problèmes sociaux*, Institut québécois de recherche sur la culture, p. 197-220.
- PERRY, S.W., C.A. CARD, M. MOFFATT, T. ASHMAN, B. FISHMAN et L.B. JACOBSBERG (1994). « Self-disclosure of HIV infection to sexual partners after repeated counseling », *AIDS Education and Prevention*, vol. 6, n° 5, p. 403-411.
- POSNER, S.F. et G. MARKS (1996). « Prevalence of high-risk sex among HIV-positive gay and bisexual men : A longitudinal analysis », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 12, n° 6, p. 472-477.
- ROSENTHAL, D., S. GIFFORD et S. MOORE (1998). « Safer sex or safe love : Competing discourses? », *AIDS Care*, vol. 10, n° 1, p. 35-48.
- ROTHMAN, J. (1989). « Client self-determination : Untangling the knot », *Social Service Review*, vol. 63, n° 4, p. 598-612.
- SANTÉ CANADA (1999). *Compte rendu des consultations menées pour un cadre de référence en matière de santé sexuelle et génésique* (site consulté le 17 avril 2003) [www.hc-sc.gc.ca/hppb/hss/pubs/rapport/index.html].

- SCHWARTZ, W. (1976). « Between clients and system: The mediating function », dans R.W. ROBERTS et H. NORTHEN (dir.), *Theories of Social Work with Groups*, New York, Columbia University Press, p. 171-197.
- SHULMAN, L. (1984). *The Skills of Helping: Individual and Groups*, 2^e éd., Itasca, IL, F.E. Peacock Publishers, Inc., 365 p.
- TURMEL, B. et D. DESROCHERS (2002). *Portrait de l'infection par le VIH et du sida au Québec. Décembre 2002*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 29 p.
- VAN CAMPENHOUDT, L., J. RÉMY, D. PÉTO et M. HUBERT (1994). « La relation sexuelle comme transaction sociale à partir des réactions au risque du sida », dans M. BLANC *et al.*, *Vie quotidienne et démocratie: pour une sociologie de la transaction sociale*, Paris, L'Harmattan, p. 93-112.
- VAN DER STRATEN, A., K.A. VERNON, K.R. KNIGHT, C.A. GOMEZ et N.S. PADIAN (1998). « Managing HIV among serodiscordant heterosexual couples: Serostatus, stigma and sex », *AIDS Care*, vol. 10, n^o 5, p. 533-548.
- VANDEVANTER, N., A. STUART THACKER, G. BASS et M. ARNOLD (1999). « Heterosexual couples confronting the challenges of HIV infection », *AIDS Care*, vol. 11, n^o 2, p. 181-193.
- WEICK, A. et L. POPE (1988). « Knowing what's best: A new look at self-determination », *Social Casework*, vol. 69, n^o 1 p. 10-16.
- WOLITSKI, R.J., C.A.M. REITMEIJER, G.M. GOLDBAUM et R.M. WILSON (1998). « HIV serostatus disclosure among gay and bisexual men in four American cities: General patterns and relation to sexual practices », *AIDS Care*, vol. 10, n^o 5, p. 599-610.