

Article

« Attitudes du personnel soignant à l'égard des personnes atteintes du SIDA : impact d'un programme de sensibilisation »

Lyne Paquin, Sylvie Lapierre et Colette Jourdan-Ionescu

Santé mentale au Québec, vol. 19, n° 2, 1994, p. 191-209.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032321ar>

DOI: 10.7202/032321ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Attitudes du personnel soignant à l'égard des personnes atteintes du SIDA: impact d'un programme de sensibilisation

Lyne Paquin*
Sylvie Lapierre**
Colette Jourdan-Ionescu***

Le but de cette recherche était d'évaluer l'impact d'un programme de sensibilisation à l'intervention auprès de patients atteints du SIDA chez un personnel soignant expérimenté et un personnel soignant en formation. Ce programme de sensibilisation a pour objectif de permettre aux soignants de se préparer psychologiquement à œuvrer auprès des personnes atteintes. Six groupes d'environ dix personnes visionnent un vidéo présentant une infirmière parlant de ses inquiétudes envers le SIDA. Les personnes sont encouragées à exprimer leurs propres émotions relativement à cette maladie et aux personnes atteintes. Les autres participants constituent le groupe contrôle et n'assistent pas à la rencontre. Tous les sujets (N=124) ont répondu à des questionnaires d'attitudes et de connaissances sur le SIDA avant et après les rencontres. Les résultats indiquent une amélioration des attitudes face à l'homosexualité ainsi qu'une augmentation des connaissances sur le SIDA. Toutefois, ces observations ne semblent pas associées à une attitude plus favorable à l'égard des personnes atteintes. L'analyse des discussions montre qu'il existe un conflit entre le désir d'aider les patients et le sentiment de honte face à la difficulté d'être empathique à leur égard. Les auteures recommandent que les programmes de formation du personnel soignant visent à réduire ce conflit.

L'augmentation constante des cas de SIDA (Syndrome de l'immuno-déficienciae acquise) et de séropositivité (porteur asymptomatique du virus) amènera plusieurs intervenants du domaine de la santé à travailler auprès des personnes atteintes de cette maladie pour laquelle il n'existe actuellement aucun traitement curatif. Selon une mise à jour effectuée en mars 1994 par le Centre québécois de

* Psychologue, Option-Vie.

** Professeure, Université du Québec à Trois-Rivières, Département de psychologie.

*** Professeure, Université du Québec à Trois-Rivières, Département de psychologie.

Coordination sur le SIDA, 2877 cas ont été déclarés au Québec depuis 1979, et déjà 1708 personnes sont décédées de cette maladie (Gouvernement du Québec, 1994). Le problème risque de prendre plus d'ampleur car les études épidémiologiques estiment qu'environ 11 200 personnes sont infectées par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH). Selon les données actuelles, 30 % des gens séropositifs auront développé la maladie en moins de 5 ans, et entre 50 et 60 % en moins de 10 ans (Morin, 1989). Au Canada, les études rapportent 9511 cas de SIDA depuis 1979 et environ 31,000 personnes infectées par le virus, plaçant le Québec au deuxième rang après l'Ontario. Les études d'incidence de l'infection au VIH chez les groupes à risque permettent de conclure qu'il y a probablement au Québec entre 500 et 5000 nouvelles infections au VIH par année (Rémis et Roy, 1991). La maladie affecte maintenant plusieurs secteurs de la population et non plus seulement les groupes identifiés à risque. Le SIDA atteint les femmes et les hommes hétérosexuels et de plus en plus d'enfants et d'adolescents. Ces estimations montrent que le défi ne sera que plus grand dans les années à venir, particulièrement pour les professionnels de la santé qui auront à soigner cette nouvelle clientèle.

Les professionnels de la santé et le SIDA

Parmi tous les professionnels de la santé, les infirmières et infirmiers sont certes les personnes le plus régulièrement en contact direct avec les patients atteints. En plus de prodiguer les soins, ils ont à toucher et à manipuler les liquides biologiques infectés. Une étude réalisée auprès de 1065 sidéens montre que parmi ceux qui ont survécu à leur première hospitalisation (85 %), 46 % ont séjourné au moins le tiers du reste de leur vie dans un hôpital et 32 % sont demeurés la moitié du reste de leur vie dans un centre hospitalier (Rivin et al., 1984). Cette étude montre l'ampleur de l'utilisation du système de santé par les personnes atteintes du SIDA, d'où l'importance de bien préparer les soignants à cette clientèle.

Les attitudes développées par le personnel infirmier face au SIDA et aux personnes qui en sont atteintes peuvent affecter la qualité des soins ainsi que la compassion manifestée à l'égard de cette clientèle particulière. De plus, on sait que les effets de l'anxiété peuvent modifier les comportements du personnel dans le soin des personnes atteintes (McConnell, 1984). Il est donc important pour les soignants d'être conscients de leurs propres affects relativement aux personnes vivant avec le SIDA.

Attitudes et comportements à l'égard des personnes atteintes

Depuis quelques années, plusieurs études ont été réalisées auprès du personnel soignant quant à ses attitudes et comportements face aux personnes atteintes du SIDA (Besner, 1989; Blumenfield et al., 1987; Cummings et al., 1986; Horassius-Jarrie et al., 1987; Iazetti, 1986; Koch et al., 1991; Plumeri, 1984; Polan et al., 1985; Rosse, 1985; Royse et Birge, 1987). Ces chercheurs observent chez des intervenants (médecins, infirmières, auxiliaires, psychologues, travailleurs sociaux) des attitudes négatives envers ces patients, attitudes qui se manifestent par de l'angoisse, de l'anxiété, de la peur, de l'hostilité, des comportements d'évitement ou d'abandon et des excès de précaution.

Ces réactions sont engendrées par la peur de l'inconnu, de la contagion, la peur de mourir et de la mort, la peur de l'homosexualité, la colère et le besoin de toute-puissance professionnelle (Dunkel et Hatfield, 1986). Ainsi, les intervenants font face à une peur de la contagion qui est renforcée par les éléments inconnus que comporte le SIDA. Bien que les risques de séroconversion, à la suite d'une exposition parentérale accidentelle au sang contaminé par le VIH, soient estimés à environ 0,5 % (Simberkoff, 1989), il demeure que 63 % des répondants (médecins et infirmières) sont sceptiques devant les propos des experts affirmant que l'emploi des mesures de précautions universelles entraîne un risque minimal d'infection (Blumenfield et al., 1987; Wallack, 1989). L'étude de Blumenfield et al. (1987) met en relief le fait que la moitié des infirmières rencontrées avaient peur d'être contaminées à leur travail, en dépit des précautions prises. Le SIDA étant à ce jour une maladie fatale, les soignants se retrouvent aussi devant la peur de la mort, la peur du mourant et la peur de mourir. Cette réaction est renforcée par le fait que les personnes atteintes sont souvent jeunes (McCue, 1982; Renneker, 1957; Vachon, 1979; Weisman, 1981). Les soignants étant formés d'abord dans un objectif de guérison et non de soins palliatifs, il leur est difficile de faire face à l'impuissance qu'engendre le SIDA. Pour se défendre de cet inconfort et gagner le contrôle de la situation, l'intervenant s'appuie sur un sentiment magique de toute-puissance professionnelle (Horassius-Jarrie et al., 1987). Finalement, certains intervenants doivent aussi faire face à leur ignorance et à leurs préjugés face à l'homosexualité ou à la toxicomanie. Il semble que depuis l'avènement du SIDA, les préjugés face à l'homosexualité se soient exacerbés (Temoshok et al., 1987; Young, 1988). Des attitudes négatives face au SIDA ont été prédites par le niveau d'homophobie (D'Augel-

li, 1989; Douglas et al., 1985; Dupras et al., 1989; Ionescu et Jourdan-Ionescu, 1989; Koch et al., 1991; Royse et Birge, 1987). Toutefois, les préjugés et les tabous par rapport à l'homosexualité sont atténués par le fait de connaître et d'avoir, dans ses relations une ou des personnes homosexuelles (D'Augelli, 1989; Koch et al., 1991).

Trois études ont observé, chez les infirmières, une résistance à soigner les personnes atteintes du VIH (Amchin et Polan, 1986; Ficaroto et al., 1990; Lester et Beard, 1988). Cette résistance était prédite par les deux facteurs suivants: un manque d'expérience clinique avec cette clientèle spécifique ainsi qu'une intolérance face aux personnes homosexuelles et toxicomanes. En ce sens, l'expérience et l'éducation contribuent à diminuer l'anxiété. Toutefois, selon deux études québécoises (Morin, 1989; Taggart et al., 1992), un très fort pourcentage d'infirmières (81 % et 72,5 %) accepterait d'assurer les soins à une personne séropositive ou atteinte du SIDA. Néanmoins, à la lecture des commentaires recueillis au cours des sondages, il est apparent que le personnel soignant ne se sent pas rassuré, ni suffisamment informé sur la maladie et sur ses modes de transmission (Morin, 1989).

Quelques recherches s'intéressent aux différences d'attitudes des soignants à l'égard de patients atteints de différentes maladies chroniques (Katz et al., 1987; Kelly et al., 1988; Simkins et Eberhage, 1984; Simkins et Kushner, 1986; Triplet et Sugarman, 1987). Les recherches de Katz et al. (1987) et de Kelly et al. (1988) montrent que le personnel infirmier réagit plus négativement à un patient atteint du SIDA que de cancer. Ces soignants sont moins disposés à entrer en relation avec un patient atteint du SIDA, considèrent qu'il est davantage responsable de sa maladie et qu'il est dangereux pour les autres.

Une recherche, effectuée auprès de 805 infirmières d'un centre hospitalier où la prévalence du SIDA est faible, démontre que les variables suivantes sont en corrélation avec des attitudes et comportements positifs à l'égard des patients sidéens: faible homophobie, connaissances élevées sur le SIDA, confiance en l'information médicale, contacts fréquents avec cette clientèle (Henry et al., 1990). L'étude menée par Tesch et al., (1990) démontre, pour sa part, que les étudiants en soins infirmiers ayant le plus de connaissances sur la maladie sont également ceux qui ont les attitudes les plus favorables et dont la peur est la moins grande. Cependant, d'autres études observent que l'homophobie et la peur face au SIDA se maintiennent

malgré des connaissances élevées (Lester et Beard, 1988; Temoshok et al., 1987).

Connaissances et changements d'attitudes

Des programmes de formation ont été élaborés et expérimentés auprès des soignants afin de contrer ou tout au moins atténuer cette anxiété causée par le SIDA et par les personnes atteintes. Face aux attitudes négatives des intervenants, il est recommandé de permettre aux soignants dans le cadre de leur formation de verbaliser leurs réactions et leurs émotions à l'égard des patients atteints du SIDA (Sarvela et Moore, 1989). En effet, il semble qu'un simple document audiovisuel d'information ne provoque pas de changement dans les attitudes sociales associées à cette maladie (Gilliam et Seltzer, 1989) et peut même augmenter les craintes de l'infection au VIH (Feit et al., 1990). Toutefois, des recherches démontrent qu'une formation intensive, sur la maladie et les soins requis par les patients, favoriserait de meilleures connaissances, des attitudes considérablement plus empathiques, une réduction du stress, une réduction des risques encourus lors des soins et une plus grande satisfaction à l'égard de la qualité des soins apportés (Armstrong-Esther et Hewitt, 1989; O'Donnell et O'Donnell, 1987). Quant à Wertz et al. (1987, 1988), ils constatent que la formation améliore les connaissances sur les modes de transmission bien qu'il n'y ait pas de changement au niveau des comportements. Pourtant, certains auteurs sont convaincus que des changements au niveau des connaissances sont en relation avec des changements dans les comportements (Cervero, 1985; Ferguson et al., 1984; White et al., 1985; Young et Willie, 1984).

Stevens et Muskin (1987) considèrent que l'information médicale sur la maladie est importante pour contrer l'ignorance mais qu'il n'y aura aucun changement de comportement chez les soignants si cette information n'aborde pas les peurs du SIDA dans ses racines inconscientes. Ils suggèrent de combiner l'information factuelle à des discussions permettant aux intervenants de parler de leurs peurs et de leurs inquiétudes sur le SIDA. Afin de favoriser les échanges, ils utilisent un vidéo dans lequel une infirmière exprime ses inquiétudes face au SIDA malgré toute l'information reçue de la part des autorités médicales. Ils permettent ensuite aux participants de commenter à quel point le vidéo reflète leur expérience face au SIDA. Ces auteurs n'ont pas utilisé de stratégies évaluatives pour mesurer l'effet de leur technique. Toutefois, ils rapportent que les participants en arrivèrent à considérer la personne atteinte du SIDA comme tout autre patient.

Cette réaction marque un changement de la structure défensive interne des infirmières, ce qui permet l'émergence de l'empathie.

La présente recherche s'inspire de la technique employée par Stevens et Muskin (1987) et fait suite à un projet de recherche réalisé par l'Université du Québec à Trois-Rivières où a été élaboré un programme francophone de sensibilisation à l'intervention auprès des personnes atteintes du SIDA (PSIS). Ce programme avait pour but de préparer psychiquement les intervenants à cette nouvelle clientèle en mettant l'accent sur leurs sentiments face à la maladie. Dans le cadre de la présente étude, ce programme sera évalué auprès d'étudiantes en soins infirmiers de niveau collégial ainsi qu'auprès d'infirmières œuvrant déjà en milieu de travail. Ce programme de sensibilisation devrait diminuer la peur du personnel soignant afin de le rendre plus apte à s'occuper des patients et de leurs familles.

À la lumière du contexte théorique de cette recherche et principalement à partir des observations faites par Stevens et Muskin (1987), nous formulons les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1

Les sujets du groupe expérimental (participant au PSIS) auront des attitudes à l'égard du SIDA et des personnes atteintes significativement plus favorables lors du post-test que celles des sujets du groupe contrôle (ne participant pas au PSIS).

Hypothèse 2

Ayant plus d'expérience clinique avec cette clientèle, les infirmières démontreront des attitudes significativement plus favorables à l'égard du SIDA et des personnes atteintes que les étudiants en soins infirmiers.

Hypothèse 3

Des attitudes négatives face au SIDA et aux personnes atteintes seront liées à un manque de connaissances sur le SIDA ainsi qu'à des attitudes négatives face à l'homosexualité.

Méthodologie

Description du document audiovisuel

Le vidéo du Programme de sensibilisation à l'intervention auprès des sidéens (PSIS) s'inspire du document réalisé par Stevens et

Muskin (1987). D'une durée de 19 minutes, ce vidéo présente une infirmière parlant de ses inquiétudes envers le SIDA et les patients atteints de cette maladie. Le scénario aborde différents thèmes qui sont ensuite discutés avec les participants. Il s'agit de la peur de la contagion, des problèmes d'éthique, des préjugés et des jugements portés à l'endroit de ce type de clientèle, du comportement de l'intervenant envers la personne atteinte, et de la réaction face à la mort éventuelle du patient. Un guide d'accompagnement présente les différents thèmes servant à enrichir la discussion.

Instruments de mesure

Les six instruments de mesure utilisés dans la présente recherche sont tirés d'une étude effectuée sur la peur du SIDA par Ionescu et Jourdan-Ionescu (1989). Le premier questionnaire vise à recueillir les données sociodémographiques sur les répondants. Une partie de ce questionnaire permet d'obtenir de l'information sur l'expérience des sujets avec la maladie ou la mort. Une des questions porte spécifiquement sur le fait d'avoir connu ou de connaître une personne ayant le SIDA. La dernière partie du questionnaire se centre sur la vie sexuelle du répondant : orientation, nombre de partenaires, utilisation de méthodes contraceptives.

L'*Échelle d'attitude face au Sida* (Ionescu, 1987a) était constituée de 19 énoncés. Six items y ont été ajoutés afin d'aborder des thèmes plus spécifiques au personnel soignant. Par exemple : « Mon attitude ne change pas face à un bénéficiaire lorsque j'apprends qu'il a le SIDA », ou « L'idée de toucher une personne qui a le SIDA me répugne ». Les sujets doivent exprimer leur degré d'accord avec ces énoncés sur une échelle de type Likert allant de 1 (désaccord total) à 7 (accord total). Les scores individuels totaux peuvent varier de 25 à 175, ce dernier témoignant d'une très grande peur du SIDA et d'un fort rejet des personnes ayant le SIDA. La fidélité test-retest de la version originale après trois semaines était de 0,91. Par item, les coefficients de fidélité variaient de 0,40 à 0,98. La fidélité « split-half » était de 0,62 pour la version originale et de 0,65 pour la version remaniée. Le coefficient de consistance interne (Alpha) est de 0,68 pour la version actuelle.

L'*Échelle d'anxiété face à la mort* de Templer (1970) constitue le troisième questionnaire de la batterie. Cet instrument est constitué de 15 énoncés ayant trait aux réactions émotionnelles par rapport à la mort et au fait de mourir. Le sujet doit indiquer son opinion en répondant vrai ou faux à chacun des items. Le score total peut varier

de 0 à 15, ce dernier témoignant d'une forte anxiété face à la mort. Cette échelle possède de bonnes qualités psychométriques : la fidélité test-retest après trois semaines est de .83. L'*Échelle d'acceptation de la mort* de Ray et Najman (1974) est composée de sept items cotés sur une échelle de 1 (désaccord total) à 7 (accord total). Les scores totaux possibles varient de 7 à 49, ce dernier indiquant une grande acceptation de la mort. La corrélation entre les résultats à l'*Échelle d'anxiété face à la mort* de Templer (1970) et l'*Échelle d'acceptation de la mort* est négative (-0.24 au pré-test; $p < .01$). L'*Échelle d'attitude face à l'homosexualité* de Kite et Deaux (1986) comporte 21 items cotés sur une échelle de 1 (accord total) à 5 (désaccord total). Les scores totaux possibles varient entre 21 et 105, ce dernier indiquant une absence d'homophobie. Sa consistance interne est très bonne ($\alpha = .93$) et la fidélité test-retest après un mois est bonne (.71). Le dernier questionnaire est un *Test de connaissances sur le SIDA* composé de 21 items (Ionescu, 1987b). Il est constitué de 18 énoncés auxquels le participant doit répondre vrai ou faux, et de trois questions ouvertes sur la signification du sigle SIDA, sur le nom du virus du SIDA et sur les moyens de prévention. Les scores totaux individuels des sujets varient de 0 à 25, ce dernier indiquant un niveau élevé de connaissances concernant le SIDA.

Échantillon

L'échantillon est composé de 124 sujets dont 109 femmes (87,9 %) et 15 hommes (12,1 %). Des étudiants et étudiantes de troisième année en soins infirmiers de niveau collégial composent la moitié de l'échantillon tandis que des infirmières et infirmiers œuvrant en centre hospitalier constituent l'autre moitié. Leur participation a été rendue possible grâce à la collaboration d'une coordonnatrice dans chacun des milieux. Les sujets ont été recrutés sur base volontaire par groupe-classe ou par unité de soins. Ils proviennent en nombre équivalent de Victoriaville et de Trois-Rivières, villes où la prévalence du SIDA est faible comparativement aux grands centres urbains. L'âge moyen est de 32,1 ans ($e.t.=10.3$); il est de 24,7 ans ($e.t.=6.9$) pour les étudiant(e)s et de 40,1 ans ($e.t.=6.7$) pour les infirmier(e)s. La plupart des étudiant(e)s sont célibataires (56,3 %) et 37,4 % vivent en couple, tandis que 63,3 % des infirmier(e)s sont marié(e)s et 16,7 %, divorcé(e)s. Tous les sujets ont une expérience en milieu de travail et les infirmier(e)s comptent en moyenne 17,8 ans d'expériences ($e.t.=7.16$). On remarque que 29 % des étudiant(e)s et 68,3 % des infirmier(e)s ont accompagné une personne pendant la

période précédant sa mort. De plus, 17,2 % des étudiant(e)s et 58,3 % des infirmier(e)s connaissent une personne ayant le SIDA; pour la plupart des infirmier(e)s (82,9 %), il s'agit de bénéficiaires. Actuellement, plus de 95 % des sujets sont actifs sexuellement. Toutefois, seulement 27 % des étudiant(e)s et 6,6 % des infirmier(e)s utilisent le condom. La plupart des infirmier(e)s (80 %) n'ont eu qu'un seul partenaire durant les cinq dernières années. Il faut noter qu'un sujet sur trois a obtenu une formation sur le SIDA dans le cadre des cours ou du travail tandis que pour plus de 70 %, cette information provient des médias.

Déroulement de l'expérience

Au cours de la première étape, tous les sujets (N=124) complètent les six instruments de mesure (30 à 60 minutes). Les étudiants (N=62) sont ensuite répartis en deux groupes, soit un groupe expérimental et un groupe témoin. Il en est de même pour les infirmier(e)s. Dans une deuxième étape, les sujets du groupe expérimental participent au PSIS dans des sous-groupes d'environ 10 personnes. Ces groupes sont dirigés par une même animatrice formée à cette fin. Au cours de cette rencontre, ils visionnent le vidéo pour ensuite prendre part à une discussion (30 à 50 minutes) leur permettant d'exprimer leurs propres angoisses et inquiétudes sur le sujet. Un mois plus tard, tous les sujets complètent à nouveau les six questionnaires.

Résultats

L'analyse de variance multivariée à mesures répétées a été utilisée afin de vérifier l'hypothèse principale de la recherche selon laquelle les sujets participant au PSIS auraient une attitude plus favorable à l'égard du SIDA et des personnes atteintes au post-test que les sujets ne participant pas au programme de sensibilisation. Cette analyse de variance a été effectuée sur les attitudes et les connaissances sur le SIDA en fonction des facteurs suivants: répétition de la mesure, application du programme et effet de la profession, ou leur interaction.

Nous devons préciser au départ que des analyses ont démontré qu'il n'y a pas de différence entre les sujets provenant de villes différentes, pour toutes les mesures d'attitudes ainsi que pour le test de connaissances sur le SIDA.

Le tableau 1 montre les scores obtenus par les sujets pour chacune des échelles d'attitudes et de connaissances lors du pré-test

et du post-test pour les groupes expérimental et témoin. Bien qu'il y ait une amélioration des attitudes et des connaissances au post-test, il semble que le PSIS n'en soit pas la cause. L'hypothèse principale n'est donc pas confirmée. En effet, l'analyse de variance multivariée telle que présentée au tableau 2 indique seulement un effet simple du facteur TEMPS, au niveau des attitudes face à l'homosexualité et des connaissances sur le SIDA. Ce qui signifie que durant le temps écoulé entre le pré-test et le post-test, l'ensemble des sujets ont amélioré leurs attitudes face à l'homosexualité ainsi que les connaissances sur la maladie.

La deuxième hypothèse concernant les différences d'attitudes entre les infirmier(e)s et les étudiants est confirmée par les résultats au test *t* de Student qui démontrent que les attitudes des infirmier(e)s face au SIDA sont plus favorables que celles des étudiants au pré-test et au post-test (pré-test: $t=-2.65$; $p=.009$ et post-test: $t=-3.18$; $p=.002$). De même, les deux groupes se différencient au niveau des connaissances sur le SIDA lors du pré-test ($t=2.08$; $p=.040$), les infirmier(e)s obtenant un meilleur score.

Tableau 1

Scores moyens obtenus aux quatre échelles et au test de connaissances sur le SIDA par les étudiant(e)s et les infirmier(e)s selon la situation expérimentale

	Étudiant(e)s								Infirmier(e)s							
	Groupe expérimental				Groupe témoin				Groupe expérimental				Groupe témoin			
	Pr	(e.t.)	Po	(e.t.)	Pr	(e.t.)	Po	(e.t.)	Pr	(e.t.)	Po	(e.t.)	Pr	(e.t.)	Po	(e.t.)
Att. SIDA	80,7	(15,9)	78,7	(12,3)	79,3	(12,6)	78,9	(11,1)	73,4	(12,5)	71,8	(13,3)	73,5	(14,5)	71,5	(13,9)
Aux. mort.	7,8	(3,0)	7,8	(2,5)	8,5	(3,2)	7,4	(3,9)	7,1	(3,8)	7,1	(3,7)	7,5	(3,2)	7,5	(3,4)
Accept. mort.	28,1	(6,1)	27,7	(6,9)	28,4	(8,1)	29,0	(7,9)	27,4	(6,9)	28,0	(5,6)	26,8	(7,7)	26,7	(6,2)
Att. homo.	84,5	(13,5)	86,4	(13,1)	84,3	(10,9)	86,7	(9,1)	85,0	(14,0)	85,1	(13,3)	85,4	(10,8)	86,3	(11,6)
Conn. SIDA	19,0	(2,3)	20,6	(3,0)	19,8	(2,3)	21,3	(2,7)	20,1	(3,5)	20,7	(2,9)	20,7	(2,2)	21,2	(1,9)

Le tableau 3 présente les différentes corrélations de Pearson obtenues entre les diverses attitudes, les connaissances et l'âge. Les résultats montrent une corrélation négative entre le niveau de connaissances et les attitudes face au SIDA. Ainsi, un manque de connaissances sur la maladie est lié à des attitudes négatives face à celle-ci. Nous remarquons également une relation négative entre les attitudes face au SIDA et les attitudes face à l'homosexualité, se traduisant ainsi: les personnes qui ne sont pas homophobes sont également moins rejetantes face au SIDA et aux personnes qui en sont atteintes. Nous venons donc de vérifier la dernière hypothèse à savoir que des attitudes négatives face au SIDA et aux personnes atteintes

Tableau 2
Analyse de variance en fonction des facteurs temps (répétition de la mesure), programme et profession au niveau des quatre échelles d'attitudes ainsi qu'au niveau des connaissances sur le SIDA

	Effet	dl	Carré moyen	F
Attitudes face au SIDA	Temps	1,120	138,10	2,68
	Programme X temps	1,120	5,25	0,10
	Profession X temps	1,120	5,21	0,10
	Progr. X prof. X temps	1,120	13,94	0,27
Anxiété face à la mort	Temps	1,120	5,50	1,89
	Programme X temps	1,120	3,87	1,33
	Profession X temps	1,120	4,34	1,49
	Progr. X prof. X temps	1,120	3,87	1,33
Acceptation de la mort	Temps	1,120	2,20	0,15
	Programme X temps	1,120	0,50	0,03
	Profession X temps	1,120	0,56	0,04
	Progr. X prof. X temps	1,120	13,85	0,95
Attitude face à l'homosexualité	Temps	1,120	106,52	4,59*
	Programme X temps	1,120	6,58	0,28
	Profession X temps	1,120	44,20	1,90
	Progr. X prof. X temps	1,120	0,71	0,03
Connaissance sur le SIDA	Temps	1,119	65,19	22,10***
	Programme X temps	1,119	0,24	0,08
	Profession X temps	1,119	13,53	4,59
	Progr. X prof. X temps	1,119	0,06	0,02

* p <.05

*** p <.001

sont liées à un manque de connaissances sur la maladie et à des attitudes négatives face à l'homosexualité.

La corrélation existant entre l'âge et les attitudes face au SIDA signifie que ce sont les sujets les plus âgés qui ont les attitudes les plus favorables à l'égard du SIDA et des personnes atteintes. Le manque de connaissances sur le SIDA est également lié à des attitudes de rejet face à l'homosexualité. Enfin, il existe évidemment une relation négative entre l'anxiété face à la mort et l'acceptation de celle-ci.

Discussion

L'analyse des résultats montre que le programme de sensibilisation à l'intervention auprès des sidéens (PSIS) n'a pas eu les effets escomptés sur l'attitude des participants bien que les scores moyens obtenus au post-test indiquent une attitude plus favorable comparati-

Tableau 3
Corrélations entre les différentes variables dépendantes
(attitudes face au SIDA, anxiété face à la mort, acceptation de
la mort, attitudes face à l'homosexualité et niveau de
connaissances sur le SIDA) et l'âge

	Anxiété face à la mort	Acceptation de la mort	Attitude face à l'homosexualité	Connaissances sur le SIDA	Âge
Att. SIDA	,154	-,016	-,457**	-,311**	-,179*
Anx. mort		-,238**	-,169	-,026	-,040
Accept. mort			,077	-,154	-,107
Att. Homo.				,240**	,076
Conn. SIDA					,139

* p <,05

** p <,01

vement au pré-test. L'utilisation du programme dans une recherche antérieure (Lapierre et Jourdan-Ionescu, 1993) auprès d'étudiants en soins infirmiers de différents niveaux d'étude avait tenté d'atteindre le même objectif. Devant l'infirmité de leur hypothèse, les chercheurs ont suggéré d'utiliser le programme chez des soignants œuvrant déjà auprès de cette clientèle, croyant que le PSIS aurait un impact plus important. La présente recherche démontre que l'utilisation du programme de sensibilisation ne semble pas plus efficace avec des infirmières. Toutefois, le temps écoulé entre les deux passations a peut-être permis aux sujets de réfléchir sur leurs attitudes et de les améliorer quant à l'homosexualité de même que d'accroître leur champ de connaissances sur le SIDA. De plus, il est possible que l'amélioration des connaissances soit en partie due à la diversité des enseignements dans les milieux d'expérimentation et que la participation à la recherche ait amené les sujets à acquérir, auprès de leurs professeurs ou par eux-mêmes, l'information nécessaire pour mieux répondre au questionnaire de connaissances sur le SIDA lors du post-test.

Il est aussi possible que l'on observe un «effet-plafond» dans l'amélioration des scores d'attitudes et de connaissances, c'est-à-dire qu'il serait difficile d'améliorer de façon significative des attitudes et des connaissances déjà positives. Ainsi, le groupe dont l'attitude sur le SIDA est la plus négative est celui des étudiants présentant un score moyen de 80 sur une possibilité de 175; c'est aussi le groupe ayant le plus bas niveau de connaissances sur le SIDA avec un score de 19,4 sur 25. D'ailleurs, les scores d'attitudes et de connaissances face au SIDA des étudiants en soins infirmiers sont meilleurs que

ceux des étudiants en psychologie de l'étude de Paquet (1993), qui utilise les mêmes instruments de mesure.

Il faut noter que l'objectif principal du PSIS n'est pas d'offrir de l'information sur la maladie, bien que les thèmes abordés lors de la discussion puissent répondre adéquatement aux questions des participants, mais de permettre aux soignants de verbaliser leurs inquiétudes à l'égard du SIDA et de se préparer psychiquement à travailler auprès des personnes atteintes. Il aurait peut-être été préférable, comme l'ont suggéré Stevens et Muskin (1987), de combiner l'information factuelle sur la maladie aux discussions sur le vécu des soignants plutôt que de centrer le programme uniquement sur leurs réactions émotives. De plus, il est possible que le temps accordé à la discussion ait été trop court, ne permettant pas aux personnes d'être suffisamment impliquées au plan émotionnel. Aussi, en faisant passer le questionnaire peu de temps après la session de sensibilisation (une semaine après), il est possible que des effets du programme de sensibilisation aient pu être constatés. Dans une optique clinique, il serait important de renouveler la discussion 4 à 6 mois plus tard afin de soutenir les intervenants dans leur travail auprès de cette clientèle.

Faisant référence à l'étude de Flaskerud (1989) démontrant que les infirmières préfèrent les montages audiovisuels comme moyen d'information sur le SIDA, nous réitérons notre choix du vidéo comme moyen de sensibilisation à l'intervention auprès des personnes atteintes. Néanmoins il est possible, comme l'ont déjà prouvé Gallop et al. (1992), qu'un vidéo présentant une personne atteinte aurait pu sensibiliser davantage le personnel soignant et augmenter leur compassion envers cette clientèle.

Se référant à la deuxième hypothèse qui prévoit des attitudes différentes face au SIDA entre infirmières et étudiantes, nous observons en analysant les discussions suite au vidéo des préoccupations différentes chez les unes et chez les autres. Le premier groupe a axé davantage ses propos sur la crainte d'être contaminé tandis que le second était préoccupé par la qualité des soins qu'il pouvait dispenser aux bénéficiaires. D'ailleurs, plusieurs infirmières blâmaient l'infirmière du vidéo qui exprimait ouvertement ses peurs et ses préjugés à l'égard du SIDA et des personnes atteintes, comme si un bon soignant ne devait pas avoir de peurs ou de préjugés. Ce qui nous amène à penser que les infirmières manifestent des attitudes plus favorables à l'égard du SIDA que les étudiants en soins infirmiers davantage à cause de la désirabilité sociale que de leur expérience clinique avec cette clientèle. Selon Taerk et al. (1993), il s'exercerait auprès des

soignants une pression à être empathiques avec les personnes atteintes du SIDA. Ainsi, même si les intervenants vivent des peurs ou ont des préjugés, ils n'osent pas les avouer parce qu'ils risquent d'aller à l'encontre des exigences de leur profession. Les peurs, les craintes et les préjugés éprouvés, entrant en conflit avec la perception de « bon soignant » qu'ont les intervenants, peuvent engendrer chez eux un sentiment de honte difficile à assumer. Les étudiants en soins infirmiers n'endosseraient pas encore ces attentes de la profession, leur permettant d'exprimer davantage ce qu'ils vivent.

Quant aux corrélations mises en évidence dans notre recherche, elles corroborent les liens déjà établis par d'autres chercheurs (D'Auggelli, 1989; Douglas et al., 1985; Dupras et al., 1989; Henry et al., 1990; Ionescu et Jourdan-Ionescu, 1989; Koch et al., 1991; Royse et Birge, 1987; Tesch et al., 1990) entre un bas niveau de connaissances sur le SIDA, l'homophobie, et des attitudes négatives face au SIDA. Bien que ces corrélations puissent signifier qu'un niveau élevé de connaissances soit associé à des attitudes favorables à l'égard des personnes atteintes, il est fort probable que cette interprétation ne soit pas justifiée puisque l'amélioration des connaissances avec le temps n'est pas jumelée à une amélioration d'attitudes. Cette observation confirme les résultats obtenus par Lester et Beard (1988) et par Temoschok et al. (1987).

Conclusion

Bien que le programme de sensibilisation à l'intervention auprès des personnes atteintes du SIDA n'ait pas amélioré significativement les attitudes face à la maladie, il a incité les soignants qui y ont participé à verbaliser ce qu'ils vivaient et, en ce sens, nous croyons avoir franchi un pas important, c'est-à-dire permettre aux participants de laisser émerger une partie de leurs peurs, craintes et préjugés face à cette clientèle. Nous imaginons facilement les paradoxes et conflits intérieurs que peuvent vivre les soignants quand ils sont placés à la fois devant leurs affects personnels et les attentes du milieu. Il faut les encourager à se voir comme de bons soignants même si parfois ils ont de la difficulté à éprouver de la compassion vis-à-vis de certaines personnes.

Comme Taerk et al. (1993), nous croyons que les programmes de formation ne doivent pas viser uniquement à améliorer les attitudes des soignants et à développer une plus grande acceptation des personnes vivant avec le SIDA. Ils doivent avant tout laisser émerger les peurs et les craintes réelles des soignants. Ces programmes de

formation doivent se donner comme objectif de réduire le conflit souvent vécu par les intervenants entre le désir d'aider les patients et le sentiment de honte face à la difficulté d'être empathiques à leur égard.

RÉFÉRENCES

- AMCHIN, J., POLAN, H. J., 1986, A longitudinal account of staff adaptation to Aids patients on a psychiatric unit, *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 12, 1235-1238.
- ARMSTRONG-ESTHER, C., HEWITT, W.E., 1989, Aids: the knowledge and attitudes of nurses, *L'infirmière Canadienne*, 85, 6, 29-31.
- BESNER, G., 1989, Les infirmières et le sida, *Artère*, 10, 4-7.
- BLUMENFIELD, M., JORDANO SMITH, P., MILAZZO, J., SEROPIAN, S., WORMSER, G.P., 1987, Survey of attitudes of nurses working with Aids patients, *General Hospital Psychiatry*, 9, 58-63.
- CERVERO, R. M., 1985, Continuing professional education and behavioral change: A model for research and evaluation, *Journal of Continuing Education in Nursing*, 16, 185-188.
- CUMMINGS, M. A., RAPAPORT, M., CUMMING, K. L., 1986, A psychiatric staff response to Acquired Immune Deficiency Syndrome, *American Journal of Psychiatry*, 143, 682.
- D'AUGELLI, A.R., 1989, Aids fears and homophobia among rural nursing personnel, *Aids Education and Prevention*, 1, 4, 277-284.
- DOUGLAS, C. J., KALMAN, T. P., KALMAN, C. M., 1985, Homophobia among physicians and nurses: an empirical study, *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 12, 1309-1311.
- DUNKEL, J., HATFIELD, S., 1986, Countertransference issues in working with persons with Aids, *Social Work*, 31, 2, 114 — 117.
- DUPRAS, A., LEVY, J., SAMSON, J.M., 1989, Homophobia and attitudes about Aids, *Psychological Reports*, 64, 236-238.
- FEIT, L. R., MELZER, S. M., VERMUND, S. H., SHELOV, S. P., 1990, The impact of an Aids Symposium on attitudes of providers of pediatric health care, *Academic Medicine*, 65, 7, 461 — 463.
- FERGUSON, J. J., CAPLAN, R. M., WILLIAMSON, T. S., 1984, Factors associated with behavior change in family physicians after CME presentation, *Journal of Medical Education*, 59, 662-666.
- FICARROTO, T. J., GRADE, M., BLIWISE, N., IRISH, T., 1990, Predictors of medical and nursing students' levels of HIV-AIDS knowledge and their resistance to working with Aids patients, *Academic Medicine*, 65, 7, 470-471.

- FLASKERUD, J. H., 1989, Psychiatric Nurses' Needs for Aids information, *Perspectives in Psychiatric Care*, 25, 3, 3-9.
- GALLOP, R. M., TAERK, G., LANCEE, W. J., COATES, R., FANNING, M., 1992, Fear of contagion and Aids: Nurses perception of risk, *Aids Care*, 4, 103-109.
- GILLIAM, A., SELTZER, R., 1989, The efficacy of educational movies on Aids knowledge and attitudes among college students, *Journal of American College Health*, 37, 261 — 265.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1994, Centre québécois de coordination sur le SIDA, *Surveillance des cas du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), cas cumulatifs au Québec de 1979 à mars 1994*, mise à jour: #94-2.
- HENRY, K., CAMPBELL, S., WILLENBRING, K., 1990, A cross-sectional analysis of variables impacting on aids-related knowledge, attitudes, and behaviors among employees of a Minnesota teaching hospital, *Aids Education and Prevention*, 2, 1, 36-47.
- HORASSIUS-JARRIE, N., TASTEVIN, H., HORASSIUS, A., 1987, Une bien embarrassante affaire: Réflexions à partir des réactions paradoxales du corps médical face au SIDA et à la séropositivité, *L'information Psychiatrique*, 63, 2, 203-213.
- IAZETTI, L., 1986, Nursing management of the pediatric Aids patient. Issues in Comprehensive, *Pediatric Nursing*, 9, 2, 119-129.
- IONESCU, S., 1987a, *Échelle d'attitude face au sida*, Communication personnelle.
- IONESCU, S., 1987b, *Test de connaissances sur le sida*, Communication personnelle.
- IONESCU, S., JOURDAN-IONESCU, C., 1989, La peur du sida: Faits établis et nouvelles recherches, *Psychologie Française*, 34, 2/3, 153-170.
- KATZ, I., HASS, G., PARISI, N., ASTONE, J., MCEVADDY, D., 1987, Lay people's and health care personnel's perceptions of cancer, aids, cardiac, and diabetic patients, *Psychological Reports*, 60, 615-629.
- KELLY, J.A., ST-LAWRENCE, J.S., SMITH, S., HOOD, H.V., COOK, D.J., 1988, Nurses' attitudes toward Aids, *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 19, 2, 78-83.
- KITE, M. E., DEAUX, K., 1986, Attitudes toward homosexuality: Assesment and behavioral consequences, *Basic and Applied Social Psychology*, 7, 137-162.
- KOCH, P. B., PRESTON, D. B., YOUNG, E. W., WANG, M., 1991, Factors associated with Aids-Related attitudes among rural nurse, *Health Values*, 15, 6, 32-40.
- LAPIERRE, S., JOURDAN-IONESCU, C., 1993, *Évaluation d'un programme de sensibilisation à l'intervention auprès de patients sidéens*, rapport de recherche, Conseil Québécois de la Recherche Sociale, Québec.

- LESTER, L., BEARD, B., 1988, Nursing student's attitudes toward Aids, *Journal of Nursing Education*, 27, 399-404.
- MCCONNELL, E.A., 1984, *Burnout in the nursing profession.*, The C.V. Mosby Co, St-Louis.
- MCCUE, J.D., 1982, The effects of stress on physicians and their medical practice, *The New England Journal of Medicine*, 314, 1127-1132.
- MORIN, P. J., 1989, *Le SIDA: Tous seront touchés, Un plan directeur pour la région 04*, Centre des Services sociaux du Centre du Québec, Trois-Rivières.
- O'DONNELL, L., O'DONNELL, C., 1987, Hospital workers and Aids: Effect of in-service education on knowledge and perceived risks and stresses, *New York State Journal of Medicine*, 278-280.
- PAQUET, J., 1993, *L'évolution des attitudes face au SIDA*, Mémoire de maîtrise [inédit], Université du Québec à Trois-Rivières.
- PLUMERI, T.A., 1984, The refusal to treat: Abandonment and Aids, *Journal of Clinical Gastroenterology*, 6, 281-284.
- POLAN, H. J., HELLERSTEIN, D., AMCHIN, J., 1985, Impact of Aids-related cases on an inpatient therapeutic milieu, *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 2, 173-176.
- RAY, J. J., NAJMAN, J., 1974, Death anxiety and death acceptance: A preliminary approach, *Omega*, 5, 311-315.
- REMIS, R. S., ROY, E., 1991, *Bilan des connaissances sur l'épidémie du SIDA et de l'infection VIH au Québec*, Centre d'études sur le SIDA, Département de Santé communautaire, Hôpital général de Montréal.
- RENNEKER, R. E., 1957, Countertransference reactions to cancer, *Psychosomatic Medicine*, 19, 5, 409-418.
- RIVIN, B. E., MONROE, J. M., HUBSCHUMAN, B. P., THOMAS, P. A., 1984, Aids outcome: A first follow-up letter, *New England Journal of Medicine*, 311, 857.
- ROSSE, R. B., 1985, Reactions of psychiatric staffs to an Aids patient, *American Journal of Psychiatry*, 142, 523.
- ROYSE, D., BIRGE, B., 1987, Homophobia and attitudes towards Aids patients among medical, nursing, and paramedical students, *Psychological Reports*, 61, 867-870.
- SARVELA, P. D., MOORE, J. R., 1989, Nursing home employee attitudes toward Aids, *Health Values*, 13, 2, 11-16.
- SIMBERKOFF, M. S., 1989, Ethical aspects in the care of patients with Aids, *Neurologic Clinics*, 7, 4, 871-883.
- SIMKINS, L., EBERHAGE, M. G., 1984, Attitudes toward Aids, herpes II, and toxic shock syndrome, *Psychological Reports*, 55, 779-786.

- SIMKINS, L., KUSHNER, A., 1986, Attitudes toward Aids, herpes II, and toxic shock syndrome: Two years later, *Psychological Reports*, 59, 883-891.
- STEVENS, L. A., MUSKIN, P. R., 1987, Techniques for reversing the failure of empathy towards Aids patients, *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 15, 4, 539-551.
- TAERK, G., GALLOP, R. M., LANCEE, W. J., COATES, R. A., FANNING, M., 1993, Recurrent themes of concern in groups for health care professionals, *Aids Care*, 5, 2, 215-222.
- TAGGART, M. E., REIDY, M., GRENIER, D., 1992, Attitudes d'infirmières francophones face au SIDA, *L'Infirmière Canadienne*, 48-52.
- TEMOSCHOK, L., SWEET, D. M., ZINCK, J., 1987, A three city comparison of the public's knowledge and attitudes about Aids, *Psychology and Health*, 1, 1, 43-60.
- TEMPLER, D. I., 1970, The construction and validation of a death anxiety scale, *Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- TESCH, B. J., SIMPSON, D. E., KIRBY, B. D., 1990, Medical and Nursing students' attitudes about Aids issues, *Academic Medicine*, 65, 7, 467-469.
- TRIPLET, R., SUGARMAN, D. B., 1987, Reactions to Aids Victims: Ambiguity breeds contempt, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13, 2, 265-274.
- VACHON, M. L. S., 1979, Motivation and stress experienced by staff working with the terminally ill, *Death Education*, 2, 113-122.
- WALLACK, J. J., 1989, Aids anxiety among health care professionals, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 5, 507-510.
- WEISMAN, A. D., 1981, Understanding the cancer patient: The syndrome of caregiver's plight, *Psychiatry*, 44, 161-168.
- WERTZ, D. C., SORENSON, J. R., LIEBLING, L., KESSLER, L., HEEREN, T. C., 1987, Knowledge and attitudes of Aids health care providers before and after education programs, *Public Health Reports*, 102, 3, 248-254.
- WERTZ, D. C., SORENSON, J. R., LIEBLING, L., KESSLER, L., HEEREN, T. C., 1988, Caring for persons with Aids: Knowledge and attitudes of 1,047 health care workers attending Aids Action Committee educational programs, *Journal of Primary Prevention*, 8, 3, 109-125.
- WHITE, C. W., ABANESE, M. A., BROWN, D. D., CAPLAN, R. M., 1985, The effectiveness of continuing medical education in changing the behavior of physicians caring for patients with acute myocardial infarction: A controlled randomized trial, *Annals of Internal Medicine*, 102, 686-692.
- YOUNG, E. W., 1988, Nurses' attitudes toward homosexuality: Analysis of change in Aids workshops, *Journal of Continuing Education in Nursing*, 19, 9-12.

YOUNG, L. J., WILLIE, R., 1984, Effectiveness of continuing education for health professionals: A literature review, *Journal of Allied Health*, 13, 112-123.

ABSTRACT

Attitudes of staff providing care to people with AIDS: Impact of an awareness program

The goal of this study was to evaluate the impact of an awareness program aimed at experienced personnel and personnel in training who provide healthcare services to patients with AIDS. The purpose of the program was to prepare healthcare staff psychically in working with patients. Six groups of approximately ten people each watched a video showing a nurse stating her concerns about AIDS. After the video, people were encouraged to express their own emotions regarding the disease and people suffering from it. Other participants making up a control group did not attend the discussion. All subjects (N=124) completed questionnaires on their attitudes and knowledge about AIDS before and after the discussion. Results show an improvement of attitudes with respect to homosexuality, as well as a better understanding of AIDS. However, these observations do not seem to correspond with a more favourable attitude towards AIDS patients. An analysis of these discussions reveals that there is a conflict between the will to help patients and the feeling of shame when faced with the difficulty of showing empathy. As a result, the authors recommend that training programs aimed at healthcare personnel be geared to alleviate this conflict.