

ANALYSE DES BESOINS DE FORMATION D'INTERVENANTS AYANT À ŒUVRER EN PRÉVENTION DU SIDA AUPRÈS DES JEUNES HOMOSEXUELS OU BISEXUELS

Danièle MOORE*, Joanne OTIS** et Nicole Dedobbeleer***

RÉSUMÉ

L'objectif de cette étude était d'analyser les besoins de formation d'intervenants ayant à œuvrer en prévention du sida auprès des jeunes homosexuels ou bisexuels. Pour ce faire, un modèle de planification reconnu en éducation pour la santé a été utilisé, le PRECEDE-PROCEED (Green et Kreuter, 1991). Trois cent trente-huit intervenants ont répondu à un questionnaire mesurant principalement leurs connaissances et attitudes face à l'homosexualité masculine, leur intérêt à œuvrer auprès des jeunes hommes homosexuels ou bisexuels et leur perception d'être compétents lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès de cette clientèle en matière de prévention du sida. Les résultats démontrent que les intervenants ont un faible niveau de connaissances, particulièrement sur les aspects théoriques et sur les aspects psychosociaux reliés à l'homosexualité. Cependant, leurs attitudes face à l'homosexualité masculine sont plutôt positives. De plus, les répondants sembleraient manifester un intérêt élevé à intervenir auprès de cette clientèle. Toutefois, ils rapportent se sentir modérément compétents lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès des jeunes hommes homosexuels ou bisexuels et affirment que les services actuels répondent peu aux besoins de ces jeunes. Seulement un tiers des répondants ont déjà abordé directement la question de la prévention du sida auprès de ceux-ci.

Mots clés

Analyse des besoins; formation; intervenants; homosexualité; sida.

INTRODUCTION

L'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le sida représentent un problème de santé publique majeur. Les hommes homosexuels et bisexuels figurent au premier rang parmi les groupes de personnes atteintes (Remis, 1993; Santé et Bien-être social Canada, 1993). De plus, des études canadiennes et américaines soulignent une recrudescence des comportements à risque d'infection au VIH chez les homosexuels, particulièrement chez les plus jeunes (Adib et Ostrow, 1991; De Vroome et Sandfort, 1993; Godin et al., 1993; Kelly et al., 1990; Myers et al., 1993; O'Reilly et al., 1990). Ces comportements à risque semblent associés non seulement à des facteurs comportementaux, cognitifs, normatifs ou à divers traits de personnalité, mais aussi au manque de ressources, à savoir d'aide et de support psychosocial adéquat (De Vroome et Sandfort, 1993; Folkman et al., 1992; Godin et al., 1993; Kelly et al., 1990; Nadeau et al., 1993; Siegel et al., 1989). Par ailleurs, on rapporte que les hommes homosexuels ou bisexuels recevant un support positif du réseau social immédiat ont plus tendance à adopter des comportements sécuritaires et à développer un fort sentiment de contrôle sur leurs conditions de vie (Noh et al., 1990). Des études démontrent aussi que la recherche de support social, la participation à des activités d'information et d'éducation ainsi que l'accès à des ressources professionnelles ou communautaires pour discuter du sida et de sa prévention, sont liés à des comportements plus sécuritaires (Folkman et al., 1992; McCusker et al., 1989; Nadeau et al., 1993). Suite à des interventions formelles d'aide, d'information ou d'éducation, des modifications ont été observées au niveau des connaissances (Kelly et al., 1989; Tudevier et al., 1992), des attitudes (Leviton et al., 1990; Miller et al., 1990), des normes sociales perçues, des habiletés et de l'adoption de comportements plus sécuritaires chez les hommes homosexuels ou bisexuels (Coates et al., 1989; Kelly et al., 1989, 1990, 1992).

Ces travaux soulignent donc l'importance pour les jeunes homosexuels ou bisexuels d'avoir accès à des services d'aide, d'information et d'éducation. Dans les réseaux sociosanitaire et communautaire québécois, l'accessibilité à ce type de services peut être assurée par l'ensemble des intervenants œuvrant en prévention du sida auprès des adolescents et des jeunes adultes. Ceci implique que ces intervenants soient sensibles aux réalités vécues par les jeunes hommes homosexuels ou bisexuels, qu'ils aient des attitudes d'ouverture face à cette clientèle et qu'ils possèdent des habiletés pour leur apporter le support approprié. Afin d'aider les intervenants à intégrer ces éléments dans leurs pratiques et à offrir un accueil adéquat aux jeunes hommes homosexuels ou bisexuels chacun dans leur milieu, une formation semble une stratégie à privilégier.

C'est dans cet esprit que la présente étude fait état des résultats d'une analyse des besoins de formation réalisée auprès d'intervenants des réseaux sociosanitaire et communautaire de la Montérégie (région sociosanitaire du sud-ouest du Québec). Étant donné la grande hétérogénéité des intervenants de ces réseaux, eu égard à leur profil professionnel ou à leur approche particulière auprès de la clientèle (approches

sociale, préventive, centrée sur la personne, etc.) (Gaudreau, 1989), nous croyons que leurs besoins de formation peuvent varier selon leur sexe, leur type de profession et leur milieu de pratique. Afin de soutenir cette démarche, un modèle de planification reconnu en éducation et en promotion de la santé a été retenu, soit le PRECEDE-PROCEED, de Green et Kreuter (1991). Les résultats de la présente étude ne touchent que la phase du diagnostic éducatif et organisationnel de ce cadre de planification. Ce diagnostic repose sur le fait que toute activité éducative visant l'adoption d'un comportement doit prendre en considération trois types de facteurs: 1) les facteurs qui prédisposent à l'action, ces facteurs étant notamment reliés à la motivation des individus à s'engager dans une action (connaissances, attitudes, valeurs, croyance en l'efficacité personnelle, etc.); 2) les facteurs qui facilitent l'action, ces facteurs étant davantage liés à la présence de conditions dans l'environnement favorisant l'adoption d'un comportement (accessibilité aux ressources, contexte organisationnel, etc.); 3) les facteurs qui renforcent l'action, ces facteurs étant liés aux conséquences positives qu'engendrent l'engagement dans une action donnée ou au support social reçu permettant de maintenir ce comportement.

Dans le contexte de cette étude, nous décrivons davantage les facteurs qui pourraient prédisposer les intervenants à donner de l'aide et du support aux jeunes hommes homosexuels ou bisexuels dans le cadre de leur pratique en prévention du sida. Les facteurs qui faciliteraient ou renforceraient l'action ne sont abordés qu'à travers leurs perceptions de la présence ou de l'absence de ces derniers. Les travaux antérieurs suggèrent quelques pistes quant au choix des variables à l'étude.

En ce qui concerne les connaissances, les études recensées abordent davantage les connaissances des intervenants sur le sida plutôt que sur l'homosexualité comme objet premier. Concernant leurs attitudes envers l'homosexualité, il devient difficile de dégager des conclusions à partir des travaux antérieurs, car les résultats varient grandement selon les échelles utilisées pour mesurer ce concept, les populations à l'étude, les contextes temporel et socioculturel dans lesquels elles ont été réalisées. Ainsi, certains auteurs rapportent des attitudes plutôt négatives de la part des intervenants (D'Augelli, 1989; Hudson et Ricketts, 1980; Kelly et al., 1987a, 1988; Kerr et Horrocks, 1990; O'Donnell et al., 1987), alors que d'autres démontrent des attitudes modérément négatives (Douglas et al., 1985), ou plutôt positives (Gaudreau, 1991; Lapiere et Jourdan-Ionescu, 1993). Par contre, quelques chercheurs rapportent qu'il n'existe aucune différence dans les attitudes des professionnels de la santé selon l'orientation sexuelle des patients (Kelly, 1987b; McGrory et al., 1990). Les attitudes des intervenants semblent varier selon certains facteurs: leur sexe, leur profession, leur milieu de pratique ou le fait qu'ils aient eu des contacts par le passé avec des personnes homosexuelles. En ce qui concerne les liens entre le sexe, la profession, le milieu de pratique et les attitudes des intervenants, il y a peu de convergence entre les différents travaux, ces derniers ayant une population à l'étude, un devis ou une méthodologie non comparables (Douglas et al., 1985; Hudson et Ricketts, 1980; Kelly et al., 1987a, 1987b, 1988; Klimes et al., 1989; McGrory et al., 1990; Merrill et al., 1989; Robbins et al., 1992; Royse et Birge, 1987). Néanmoins, plusieurs auteurs avancent que d'avoir eu des contacts antérieurs avec des personnes homosexuelles influencent favorablement les attitudes des intervenants de la santé, particulièrement lorsque ces contacts ont été positifs (D'Augelli, 1989; Douglas et al., 1985; McGrory et al., 1990; Robbins et al., 1992). Finalement, des études soutiennent qu'un manque de connaissances et des attitudes défavorables face à l'homosexualité ont un impact négatif sur les habiletés des professionnels de la santé à donner des soins aux personnes atteintes du sida (Coleman, 1986; D'Augelli, 1989; Dhooper et al., 1988; Douglas et al., 1985; Gordin et al., 1987; Robbins et al., 1992).

MÉTHODOLOGIE

Les participants

L'enquête s'adressait à l'ensemble des intervenants, impliqués directement ou indirectement au niveau de la prévention des MTS et du sida, œuvrant auprès des jeunes de 15 à 24 ans dans les 19 centres locaux de services communautaires (CLSC), les 38 organismes communautaires (OC), et les 5 centres de réadaptation des jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) de la Montérégie. Les intervenants ont été recrutés à partir d'informations fournies par une personne-contact (par exemple un coordonnateur) dans chaque établissement. Dans chacun de ces organismes, un questionnaire anonyme autoadministré et une enveloppe de retour préaffranchie étaient remis à chaque intervenant par l'intermédiaire de la personne-contact. Des 734 questionnaires distribués, 338 ont été retournés par la poste au responsable de l'étude, pour un taux de réponse de 46,1 %. L'étude porte donc sur un échantillon non probabiliste, composé de volontaires. L'échantillon est constitué d'intervenants provenant majoritairement des CLSC (62,5 %), 22,7% des OC et 14,6 % des CRJDA. La majorité des répondants sont des femmes (67 %), d'orientation hétérosexuelle (94,9 %), de formation universitaire (72%) et se retrouvent dans la catégorie des 26 à 45 ans (70 %). Les intervenants psychosociaux comptent pour plus de la moitié des répondants (51 %), les médecins pour 21 %, les infirmières pour 17 %, les travailleurs sociaux pour 13 %, les psychologues pour 10 %, les éducateurs pour 8 %, les conseillers en orientation pour 7 %, les travailleurs de santé pour 5 %, les travailleurs communautaires pour 4 %, les bénévoles pour 3 %, les enseignants pour 2 %, les autres pour 1 %.

les infirmières pour 21 % et les coordonnateurs pour 6 %. Ils rapportent avoir une expérience moyenne de près de 8 années auprès des jeunes et très peu d'entre eux (17,2 %) ont déjà reçu de la formation sur l'homosexualité.

Le questionnaire

Connaissances

Les questions sur les connaissances ont été définies en fonction des objectifs du projet montérégien et à partir d'un document préparé par le Centre québécois de coordination sur le sida (1993) La sexualité de l'autre, intervenir dans le respect de la diversité des orientations sexuelles. Cette section comporte 20 questions, dont sept se rapportent aux dimensions psychosociales, quatre aux aspects légaux, cinq aux définitions et théories, et quatre plus spécifiquement reliées aux pratiques sexuelles et au sida (annexe 1).

Attitudes

Deux échelles ont été utilisées afin de mesurer les attitudes face à l'homosexualité masculine. La première échelle, adaptée des travaux de Herek (1988), mesure la tolérance à l'égard des hommes homosexuels (annexe 3). Elle est constituée de 10 énoncés, pour lesquels les répondants devaient donner leur degré d'accord ou de désaccord (5 classes). Le score global de l'attitude de tolérance est calculé en faisant la sommation des scores obtenus à chacun des dix items. Il varie de 10 à 50, où 10 signifie une attitude très tolérante et 50 une attitude très intolérante. L'alpha de Cronbach est de 0,83. L'échelle développée par Hudson et Ricketts (1980) a également été utilisée, car elle aborde une autre dimension, soit les attitudes face aux relations interpersonnelles avec des personnes homosexuelles. Cette échelle, que nous avons légèrement modifiée, comporte 20 énoncés, où la nature de l'interaction avec une personne homosexuelle varie d'un énoncé à l'autre, passant de l'engagement personnel, aux interactions familiales et aux interactions sociales (annexe 2). Le score total est obtenu en faisant la sommation des scores des 20 énoncés, chacun variant de un à cinq (degré d'accord ou de désaccord). Le score total varie donc entre 20 et 100, où 20 signifie une attitude très positive et 100 une attitude très négative. L'alpha de Cronbach est de 0,88. La validité de construit de ces deux échelles a été vérifiée par diverses analyses factorielles.

Interactions avec des hommes homosexuels

Pour explorer l'interaction avec des hommes homosexuels, plusieurs questions ont été posées. Dans un premier temps, les répondants ont indiqué combien d'hommes ayant des comportements homosexuels ils avaient connu par le passé. De plus, ils ont spécifié comment ils s'étaient sentis par rapport à chacune de ces relations, sur une échelle de 1 à 5 (très à l'aise, pas du tout à l'aise). En second lieu, ils ont donné leur perception en pourcentage de la proportion de jeunes qui leur avaient exprimé se questionner sur leur orientation sexuelle ou avoir des comportements homosexuels dans leur clientèle masculine âgée de 15 à 24 ans. Finalement, un certain nombre d'actions possibles auprès des jeunes hommes qui se questionnent sur leur orientation sexuelle ou qui ont des comportements homosexuels a été considéré. Le lecteur retrouvera au tableau 2 la liste de ces actions qui se résument à: aborder différents sujets, faire visionner des vidéos, rendre disponibles des livres ou vidéos, faire du counselling, diriger ces jeunes vers d'autres professionnels, planifier des rencontres de groupe et participer à ces rencontres. Pour chacune de ces actions, les répondants devaient indiquer la fréquence à laquelle ils estimaient l'avoir effectuée dans leur pratique antérieure. La fréquence de chaque action est présentée sur une échelle de 1 à 4, où 1 signifie "jamais" et 4 signifie "souvent". Le score global de la fréquence des ces actions est calculé par la sommation des scores de tous les énoncés. Ce score varie de 14 à 70.

Autres variables à l'étude

En ce qui concerne les facteurs qui prédisposent à l'action, en plus des connaissances et des attitudes, nous avons cherché à savoir si les intervenants se sentent capables d'intervenir auprès de cette clientèle (croyance en l'efficacité personnelle ou sentiment de compétence) et se sentent empathiques face aux jeunes qui leur expriment avoir des comportements homosexuels ou se questionner sur leur orientation sexuelle. De plus, afin de mieux qualifier le degré de motivation des intervenants à s'impliquer auprès de cette clientèle, d'autres éléments nous semblaient très importants à considérer: leur perception quant à l'importance et à la pertinence d'intervenir, leur perception de la qualité des services actuellement offerts dans leur milieu, leur intérêt personnel à intervenir auprès de cette clientèle et leur intérêt face à une éventuelle formation. Au niveau des facteurs qui facilitent l'action, nous avons vérifié la perception des intervenants à l'égard de la faisabilité d'offrir des services spécifiques à cette clientèle dans leur milieu de travail; nous leur avons aussi demandé s'ils avaient participé à une formation sur l'homosexualité par le passé. Au niveau des facteurs qui renforcent l'action, un énoncé abordait la perception des répondants de l'intérêt de leurs collègues d'intervenir

auprès de cette clientèle. Chacune de ces variables est mesurée par un seul énoncé sur une échelle dont le score varie de 1 à 5, où 1 signifie "pas du tout" et 5 signifie "beaucoup".

Les analyses

Le logiciel SPSS a été utilisé pour le traitement des données. Les analyses univariées et bivariées usuelles (chi-deux, test de t de student et analyse de variance à un critère de classification) ont été effectuées. Pour l'ensemble de ces tests, étant donné la taille de l'effectif, un seuil minimal de signification de 0,05 a été retenu.

RÉSULTATS

Connaissances

La moyenne obtenue sur cette échelle des connaissances, soit de 11,35 sur un maximum de 20, souligne le faible niveau de connaissances des répondants (tableau 1). Les énoncés ayant rapport aux concepts théoriques reliés à l'homosexualité sont ceux pour lesquels le pourcentage de réponses correctes est le plus faible, soit moins de 22 %. Viennent ensuite les énoncés reliés plus spécifiquement aux pratiques sexuelles ou au sida et ceux portant sur les aspects psychosociaux. Les aspects légaux reliés à l'homosexualité sont les énoncés les mieux connus, soit par plus de 80 % des répondants (annexe 1)*.

Attitudes

Pour ce qui est de l'attitude de tolérance, elle est relativement positive puisque le score moyen des répondants est de 20,01 (tableau 1). Les énoncés décrivant une attitude plus négative sont ceux se rapportant à l'annonce de l'homosexualité du fils et au droit des homosexuels d'adopter des enfants, puis ceux portant sur l'idée du mariage civil entre homosexuels et sur la conception de l'homosexualité comme étant une expression naturelle de la sexualité (annexe 3)*.

Concernant la mesure d'attitude face aux relations interpersonnelles avec des hommes homosexuels, le résultat moyen de l'ensemble des intervenants se situe à 48,7, ce qui démontre aussi une attitude relativement positive (tableau 1). On remarque que les énoncés où l'attitude est la plus négative sont ceux qui impliquent un engagement plus personnel face à l'homosexualité, viennent ensuite ceux où le fils, le frère, l'ami proche sont considérés et finalement ceux où l'interaction se situe à un niveau social plus large (annexe 2)*.

(* les annexes 1,2 et 3 sont disponibles sur demande seulement)

TABLEAU 1

Connaissances, attitudes et autres variables à l'étude

(N = 338)

Variables psychosociales	M ± E.T.	Minimum	Maximum
Connaissances	11,35 ± 2,54	0	20
Attitude — tolérance ¹	20,01 ± 6,55	10	50
Attitude — relations interpersonnelles ²	48,70 ± 12,96	20	100
Fréquence des interventions	34,44 ± 6,54	14	70
Sentiment de compétence avec jeunes qui se questionnent sur orientation sexuelle	3,29 ± 1,11	1	5
Sentiment de compétence avec jeunes qui ont des comportements homosexuels	3,44 ± 0,98	1	5
Empathie avec jeunes qui se questionnent sur orientation sexuelle	3,95 ± 1,06	1	5

Empathie avec jeunes qui ont des comportements homosexuels	3,81 ± 1,04	1	5
Perception de l'importance d'intervenir	4,89 ± 0,36	1	5
Perception de la pertinence des services spécifiques	3,61 ± 1,07	1	5
Perception de l'adéquation des services actuels	2,44 ± 0,86	1	5
Intérêt personnel d'intervenir	4,32 ± 0,86	1	5
Intérêt personnel face à une formation	4,39 ± 0,94	1	5
Perception de la faisabilité des services spécifiques	3,38 ± 1,04	1	5
Perception de l'intérêt des collègues	4,08 ± 0,94	1	5

1 Échelle variant de "très peu homophobe" (10) à "très homophobe" (50)

2.Échelle variant de "très peu homophobe" (20) à "très homophobe" (100)

Interactions avec des hommes homosexuels

La majorité des répondants a connu entre une et cinq personnes homosexuelles, que ce soit au niveau de personnes significatives (M = 2,18), de l'entourage social (M = 3,48), de leurs collègues de travail (M = 1,46) ou de leur clientèle (M = 3,84). Pour tous ces groupes, sauf celui de la clientèle, on observe une différence significative dans la qualité de la relation interpersonnelle rapportée selon le sexe des répondants ($p < 0,05$), les femmes étant très à l'aise et les hommes, assez à l'aise.

Dans cette étude, les répondants rapportent qu'en moyenne, parmi leur clientèle masculine âgée de 15 à 24 ans, près de 4,05 % des jeunes hommes leur auraient déjà exprimé se questionner sur leur orientation sexuelle et 2,22 % auraient exprimé avoir des comportements homosexuels. De plus, ils estiment que 6,8 % de leur clientèle masculine pourraient, sans leur avoir dit ouvertement, être d'orientation homosexuelle. À tous ces niveaux, les intervenants des organismes communautaires (OC) rapportent des proportions plus faibles que les intervenants des CLSC et des centres de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation (CRJDA).

Seulement 34,6 % des répondants affirment avoir réalisé des interventions, dans leur milieu de travail, auprès de jeunes hommes ayant des comportements homosexuels ou se questionnant sur leur orientation sexuelle. Le tableau 2 présente les résultats relatifs aux différents types d'actions. On constate que faire visionner des vidéos éducatifs abordant l'homosexualité, rendre disponible des livres ou des vidéos, utiliser des affiches illustrant un couple d'hommes, sont des activités pratiquement jamais effectuées par les intervenants. De plus, participer ou planifier des rencontres de groupe avec des jeunes homosexuels ou leurs parents sont des activités rarement réalisées. Le sujet de l'orientation n'est discuté qu'occasionnellement avec les jeunes ayant des comportements homosexuels. De la même façon, les intervenants n'abordent qu'occasionnellement les risques reliés aux pratiques sexuelles, le sujet des MTS et du sida, les comportements sexuels sécuritaires et les sentiments vécus par les jeunes.

TABLEAU 2

Interventions réalisées auprès des jeunes hommes de 15 à 24 ans qui se questionnent sur leur orientation sexuelle

ou qui ont des comportements homosexuels

(N=117)

Variables	M ± E.T.
Abordé les sentiments vécus par les jeunes	3,28 ± 0,82
Abordé les comportements sexuels sécuritaires (sida)	3,15 ± 0,94
Abordé le sujet MTS-sida	3,10 ± 0,96
Abordé le sujet orientation sexuelle	3,10 ± 0,83
Abordé les risques reliés aux pratiques sexuelles	3,06 ± 0,92
Abordé le dépistage MTS-sida	2,89 ± 1,03
Fait du <i>counselling</i> sur problèmes psychosociaux	2,81 ± 1,07
Abordé les différentes pratiques sexuelles	2,76 ± 0,95
Fait du <i>counselling</i> sur problèmes liés à la sexualité	2,59 ± 1,05
Dirigé vers d'autres professionnels	2,57 ± 1,02
Rendu disponible des livres-vidéos abordant l'homosexualité	1,46 ± 0,77
Fait visionner des vidéos éducatives abordant l'homosexualité	1,29 ± 0,62
Planifié des rencontres de groupe avec des jeunes homosexuels ou leur parents	1,17 ± 0,51
Participé à des rencontres de groupe avec des jeunes homosexuels ou leur parents	1,17 ± 0,47

Échelle variant de «jamais» (1) à «souvent» (4)

Autres variables à l'étude

Le *sentiment de compétence* tel que rapporté par les répondants se situe, de façon générale, à un niveau moyen. Il y a peu de différences entre le sentiment de compétence des intervenants face aux jeunes hommes qui se questionnent sur leur orientation sexuelle et face à ceux qui ont des comportements homosexuels (scores moyens respectifs de 3,29 et 3,44). Les résultats indiquent aussi que *l'empathie ressentie* est assez élevée pour l'ensemble des intervenants, que ce soit envers les jeunes qui ont des comportements homosexuels (M = 3,81) ou envers les jeunes qui se questionnent sur leur orientation sexuelle (M = 3,95) (tableau 1).

Selon les répondants, l'intervention auprès de jeunes homosexuels dans une optique de prévention des MTS et du sida est très importante (M = 4,89). De plus, *l'intérêt personnel* à intervenir auprès de ces jeunes est assez élevé (M = 4,32). Par contre, les intervenants considèrent que *l'intérêt de leurs collègues* est légèrement inférieur à celui qu'ils démontrent personnellement (M = 4,08). *Face à une formation* éventuelle, leur *intérêt personnel* est élevé (M = 4,39). Toutefois, seulement quelques-uns d'entre eux, soit 17 %, ont émis des suggestions concernant cette éventuelle formation. Les sujets qui les intéressent sont particulièrement reliés aux interventions possibles auprès de cette clientèle (52 %); suivent ensuite, par ordre d'importance, les habitudes et comportements reliés à l'homosexualité (20 %), les valeurs et les croyances des hommes homosexuels (8 %), les facteurs déterminant l'orientation sexuelle (7 %) et les mesures de prévention face au sida spécifiques à cette clientèle (5 %).

Concernant *l'adéquation* des services à cette clientèle, les intervenants évaluent que les services actuels répondent peu aux besoins de ces jeunes (M = 2,44), mais qu'il est *pertinent* de leur offrir des services spécifiques (M = 3,61). Ils considèrent toutefois que la *faisabilité* d'offrir ces services est modérée (M = 3,38) (tableau 1). Les contraintes évoquées par certains d'entre eux, soit 13 %, sont entre autres: que ces services devraient se donner à l'extérieur du lieu de pratique habituel (23 %), qu'il y a peu de personnel disponible (19 %), qu'il s'avère difficile de rejoindre les jeunes homosexuels (14 %), que c'est un groupe trop restreint de jeunes qui ne s'identifient pas toujours (12 %), qu'une formation préalable serait nécessaire (9 %), que l'intervention devrait se faire en consultation individuelle (9 %), que cela n'est pas toujours une priorité dans le

milieu (7 %), et qu'il subsiste encore beaucoup de préjugés (2 %).

Différences selon le sexe

Des différences significatives sont observées uniquement en ce qui concerne *les sentiments de compétence et l'intérêt face à une éventuelle formation* (tableau 3). Les hommes expriment un sentiment de compétence plus grand que les femmes avec les jeunes qui se questionnent sur leur orientation sexuelle ($p = 0,0001$). Cependant, ils sont significativement moins *intéressés* que les femmes à participer à une éventuelle formation sur l'homosexualité ($p = 0,001$). L'ensemble des autres variables ne semble pas différer selon le sexe des répondants.

Cependant, lorsqu'on a retranché les répondants d'orientation homosexuelle des analyses, des différences significatives sont apparues sur certaines variables. En effet, les femmes hétérosexuelles semblent avoir des *attitudes plus positives* ($M = 48,0$) *face aux relations interpersonnelles* avec des hommes homosexuels que les hommes hétérosexuels ($M = 52,0$, $p = 0,006$). De plus, les femmes hétérosexuelles expriment des *sentiments d'empathie* plus grands que les hommes hétérosexuels envers les jeunes qui se questionnent sur leur orientation sexuelle ($M = 4,02$ pour les femmes et $M = 3,73$ pour les hommes, $p = 0,04$) et envers les jeunes qui ont des comportements homosexuels ($M = 3,86$ pour les femmes et $M = 3,59$ pour les hommes, $p = 0,03$).

TABLEAU 3

Différences selon le sexe des répondants pour les connaissances, attitudes et autres variables à l'étude

(N=338)

Variables	Hommes M ± E.T.	Femmes M ± E.T.	t	p
Connaissances	11,24 ± 2,58	11,41 ± 2,53	0,56	NS
Attitudes -- tolérance	20,43 ± 6,59	19,84 ± 6,55	-0,77	NS
Attitudes -- relations interpersonnelles	50,64 ± 13,44	47,78 ± 12,66	-1,91	NS
Fréquences des interventions	33,25 ± 6,96	35,24 ± 6,16	6,16	NS
Sentiment de compétence avec jeunes qui se questionnent sur leur orientation sexuelle	3,72 ± 0,95	3,08 ± 1,12	-5,46	0,0001
Sentiment de compétence avec jeunes qui ont des comportements homosexuels	3,58 ± 0,96	3,36 ± 0,99	-1,91	NS
Empathie avec jeunes qui se questionnent sur leur orientation sexuelle	3,82 ± 1,18	4,02 ± 1,00	1,52	NS
Empathie avec jeunes qui ont des comportements sexuels	3,69 ± 1,10	4,02 ± 1,01	1,43	NS
Perception de l'importance d'intervenir	4,86 ± 0,46	4,91 ± 0,30	1,14	NS
Perception de la pertinence des services spécifiques	3,62 ± 1,12	3,61 ± 1,04	-0,07	NS
Perception de l'adéquation des services actuels	2,50 ± 0,86	2,41 ± 0,86	-0,82	NS
Intérêt personnel d'intervenir	4,29 ± 0,86	4,33 ± 0,87	0,41	NS

Intérêt personnel face à une formation	4,13 ± 1,11	4,52 ± 0,82	3,31	0,001
Perception de la faisabilité des services spécifiques	3,44 ± 1,18	3,36 ± 0,95	-0,63	NS
Perception de l'intérêt des collègues	4,14 ± 0,94	4,04 ± 0,94	-0,95	NS

NS : non significatif

Différences selon le type de profession

Les connaissances envers l'homosexualité semblent significativement meilleures chez les médecins comparativement aux intervenants psychosociaux et aux coordonnateurs ($p = 0,003$) (tableau 4). En ce qui concerne le sentiment de compétence exprimé par les intervenants avec les jeunes qui se questionnent sur leur orientation sexuelle, on constate que les intervenants psychosociaux se sentent significativement plus compétents que les infirmières et que les médecins avec cette clientèle ($p < 0,0001$). Quant à l'empathie ressentie envers les jeunes qui se questionnent sur leur orientation sexuelle, les médecins et les infirmières obtiennent un score significativement supérieur à celui des intervenants psychosociaux ($p = 0,004$). Les médecins et les intervenants psychosociaux comparativement aux coordonnateurs et aux infirmières déclarent davantage que les services sont adéquats, en ce sens qu'ils répondent aux besoins de ces jeunes ($p = 0,003$). Finalement, quant à l'intérêt personnel face à une formation, les infirmières sont significativement plus intéressées que les autres professionnels, particulièrement si on les compare aux médecins ($p = 0,03$).

TABLEAU 4

Différences selon le type de profession pour les connaissances, attitudes et autres variables à l'étude

(N = 338)

Variables	Intervenants psychosociaux M ± E.T.	Coordonnateurs M ± E.T.	Infirmières M ± E.T.	Médecins M ± E.T.	Ratio F	Prob F
Connaissances	11,05 ± 2,43	10,33 ± 2,39	11,58 ± 2,68	12,17 ± 2,54	4,74	0,003
Attitude -- tolérance	19,16 ± 5,86	22,76 ± 8,90	19,72 ± 6,48	21,68 ± 7,07	3,86	NS
Attitude -- relations interpersonnelles	47,55 ± 12,62	52,67 ± 14,77	49,64 ± 12,4	49,80 ± 13,56	1,41	NS
Fréquence des interventions	33,42 ± 7,13	35,50 ± 4,76	35,25 ± 6,63	36,30 ± 5,06	1,41	NS
Sentiment de compétence avec jeunes qui se questionnent sur leur orientation sexuelle	3,55 ± 1,09	3,57 ± 0,98	3,01 ± 1,14	2,89 ± 0,95	8,73	0,0001
Sentiment de						

compétence avec jeunes qui ont des comportements homosexuels	3,52 ± 1,00	3,48 ± 1,03	3,29 ± 1,11	3,38 ± 0,78	1,00	NS
Empathie avec jeunes qui se questionnent sur leur orientation sexuelle	3,90 ± 1,18	3,24 ± 1,48	4,10 ± 0,86	4,14 ± 0,68	4,60	0,0004
Empathie avec jeunes qui ont des comportements sexuels	3,76 ± 1,15	3,29 ± 1,27	3,97 ± 0,84	3,92 ± 0,82	2,75	NS
Perception de l'importance d'intervenir	4,92 ± 0,33	4,81 ± 0,51	4,91 ± 0,33	4,85 ± 0,40	1,19	NS
Perception de la pertinence des services spécifiques	3,52 ± 1,18	3,86 ± 0,79	3,93 ± 1,01	3,47 ± 0,82	3,48	NS
Perception de l'adéquation des services actuels	2,54 ± 0,85	2,33 ± 1,02	2,06 ± 0,89	2,59 ± 0,67	6,4	0,0003
Intérêt personnel d'intervenir	4,31 ± 0,89	4,62 ± 0,67	4,38 ± 0,85	4,18 ± 0,85	1,55	NS
Intérêt personnel face à une formation	4,35 ± 1,05	4,48 ± 0,75	4,65 ± 0,59	4,20 ± 0,98	3,06	0,03
Perception de la faisabilité des services spécifiques	3,41 ± 1,12	3,33 ± 1,06	3,43 ± 1,03	3,27 ± 0,27	0,41	NS
Perception de l'intérêt des collègues	4,06 ± 0,95	4,48 ± 0,81	3,88 ± 1,06	4,21 ± 0,79	2,91	NS

NS : non significatif

Différences selon le lieu de pratique

Pour les *connaissances*, les intervenants des CLSC obtiennent un score moyen supérieur à celui des autres, surtout lorsqu'on les compare aux intervenants des organismes communautaires (OC) ($p < 0,001$) (tableau 5). On observe aussi une différence significative dans *l'attitude face aux relations interpersonnelles* avec des hommes homosexuels selon le lieu de pratique ($p = 0,02$). Ainsi, ceux qui travaillent dans les CLSC apparaissent moins homophobes et se démarquent surtout de ceux œuvrant dans les organismes communautaires (OC). Avec les jeunes qui se questionnent sur leur orientation sexuelle, on constate que les intervenants travaillant dans les centres de réadaptation de jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) et les organismes communautaires (OC) expriment un plus grand *sentiment de compétence* que ceux des CLSC (p

< 0,0001). Cependant, avec les jeunes qui ont des comportements homosexuels, ce sont seulement les intervenants des CRJDA qui expriment un *sentiment de compétence* significativement supérieur à celui des intervenants des CLSC ($p = 0,006$). Concernant les *sentiments d'empathie* rapportés, les intervenants des CLSC et des CRJDA démontrent un sentiment d'*empathie* plus grand que ceux des OC face aux jeunes qui se questionnent sur leur orientation sexuelle ($p < 0,0001$). Face aux jeunes qui ont des comportements homosexuels, les intervenants des CLSC expriment se sentir plus *empathiques* que les intervenants des OC ($p < 0,001$).

Les intervenants des CRJDA et des CLSC considèrent encore plus *pertinent* que ceux des OC d'offrir des services spécifiques à cette clientèle ($p = 0,003$). Cependant, les intervenants des CRJDA et des OC croient davantage que les intervenants des CLSC que les *services répondent bien* aux besoins de ces jeunes ($p = 0,01$) et semblent plus *intéressés* à intervenir auprès de cette clientèle ($p = 0,001$). Quant à la *faisabilité* d'offrir des services spécifiques, les intervenants des CRJDA se distinguent des deux autres groupes, puisqu'ils évaluent la possibilité d'offrir ces services comme étant plus élevée. Finalement, des différences significatives sont observées au niveau de la perception de *l'intérêt des collègues*, les intervenants des OC et des CRJDA croyant davantage que ceux des CLSC, que leurs collègues seraient intéressés à intervenir auprès de cette clientèle ($p = 0,0008$).

TABLEAU 5

Différence selon les lieux de pratique pour les connaissances, les attitudes et les autres variables à l'étude

(N =338)

Variables	CLSC	Org. comm.	CRJDA	Ratio F	Prob F
	M ± E.T.	M ± E.T.	M ± E.T.		
Connaissances	11,74 ± 2,54	10,61 ± 2,24	10,88 ± 2,71	6,76	0,001
Attitude -- tolérance	19,69 ± 6,39	21,25 ± 6,93	19,63 ± 6,56	1,70	NS
Attitude --relations interpersonnelles	47,75 ± 12,79	52,39 ± 13,06	47,61 ± 12,66	3,92	0,02
Fréquence des interventions	34,61 ± 6,20	38,00 ± 6,60	32,86 ± 6,60	2,21	NS
Sentiment de compétence avec jeunes qui se questionnent sur leur orientation sexuelle	3,08 ± 1,10	3,53 ± 1,06	3,84 ± 0,97	12,37	0,0001
Sentiment de compétence avec jeunes qui ont des comportements homosexuels	3,34 ± 0,96	3,44 ± 1,04	3,84 ± 0,90	5,12	0,006
Empathie avec jeunes qui se questionnent sur leur orientation sexuelle	4,19 ± 0,74	3,36 ± 1,44	3,86 ± 1,20	19,00	0,0001
Empathie avec jeunes qui ont des comportements sexuels	4,02 ± 0,82	3,30 ± 1,37	3,71 ± 1,06	14,74	0,0001
Perception de l'importance d'intervenir	4,89 ± 0,34	4,91 ± 0,40	4,90 ± 0,37	0,08	NS
Perception de la pertinence des services spécifiques	3,67 ± 0,94	3,29 ± 1,19	3,90 ± 1,25	5,84	0,003
Perception de l'adéquation des services actuels	2,33 ± 0,77	2,57 ± 0,98	2,67 ± 0,97	4,42	0,01

Intérêt personnel d'intervenir	4,17 ± 0,91	4,56 ± 0,73	4,59 ± 0,71	9,13	0,0001
Intérêt personnel face à une formation	4,34 ± 0,95	4,42 ± 0,94	4,55 ± 0,96	1,00	NS
Perception de la faisabilité des services spécifiques	3,33 ± 0,93	3,20 ± 1,15	3,88 ± 1,13	7,37	0,0007
Perception de l'intérêt des collègues	3,93 ± 0,96	4,34 ± 0,85	4,31 ± 0,87	7,25	0,0008

NS : non significatif

DISCUSSION

Les résultats de la présente étude apportent quelques éléments quant aux besoins de formation d'intervenants œuvrant en prévention du sida auprès des jeunes homosexuels ou bisexuels. Nous constatons que les connaissances des répondants face aux différents aspects de l'homosexualité sont plutôt faibles, particulièrement sur les aspects théoriques. Nous n'avons pu comparer ces résultats avec d'autres études, puisque nous n'en avons pas relevées qui portaient spécifiquement sur ce sujet. Concernant leurs *attitudes*, les répondants semblent présenter des attitudes peu homophobes, autant au niveau de la tolérance que des relations interpersonnelles avec des hommes homosexuels. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Gaudreau (1991) et de Lapiere et Jourdan-Ionescu (1993). En effet, ces travaux, bien que poursuivant d'autres objectifs et utilisant des échelles différentes, nous permettaient de constater chez les intervenants québécois des attitudes plutôt positives face aux personnes homosexuelles. En comparaison avec les travaux qui ont utilisé des instruments de mesure similaires, nos résultats soulignent des attitudes face à l'homosexualité globalement plus positives (D'Augelli, 1989; Douglas et al., 1985; Hudson et Ricketts, 1980). L'écart observé entre ces résultats et les nôtres pourrait principalement s'expliquer par des contextes socioculturel et temporel différents ou encore par un biais de sélection présent dans notre étude. En effet, il est fort possible que les intervenants ayant accepté de répondre au questionnaire (soit 46,1 % des intervenants recrutés), soient plus sensibilisés à la réalité homosexuelle et aient des attitudes plus positives que les non-répondants. Notons aussi que les instruments de mesure ont été adaptés pour notre étude et ne correspondent pas totalement aux instruments de mesure originaux. Finalement, bien que l'enquête se soit déroulée de façon anonyme, un biais de désirabilité sociale peut toujours être présent.

En ce qui concerne les *interactions avec des hommes homosexuels*, les intervenants semblent avoir eu peu d'implication directe significative avec ces derniers. Bien que la majorité des répondants semblent avoir connu au moins un homme homosexuel dans leur entourage, seulement le tiers des répondants disent avoir déjà rencontré dans le cadre de leur pratique au moins un jeune ayant exprimé sa questionnement sur son orientation sexuelle ou être homosexuel. En fait, ils rapportent qu'entre 2 et 4 % de leur clientèle masculine leur ont exprimé se questionner ou être homosexuel, et ils estiment à près de 7 % les jeunes hommes vivant la même situation sans l'avoir dit ouvertement. Nous ne connaissons pas la proportion exacte que représentent les jeunes hommes homosexuels ou bisexuels parmi la clientèle masculine faisant appel aux services de ces intervenants. Mais les proportions suggérées par les répondants indiquent clairement dans quelle mesure ils ont l'impression que cette réalité est peu présente parmi les jeunes qui les consultent. Ceci explique peut-être leur style d'implication auprès de cette clientèle. En effet, si l'on regarde les actions réalisées lors de leurs rencontres avec des jeunes homosexuels ou bisexuels, on remarque que les intervenants ont accordé plus d'importance aux discussions relatives à la santé sexuelle (MTS-sida, risques, pratiques sécuritaires) qu'à donner accès à du matériel éducatif concernant l'homosexualité et à planifier des rencontres de groupe avec des jeunes homosexuels ou à y participer. Gaudreau (1991) rapportait des résultats similaires chez des intervenants œuvrant en prévention des MTS et du sida auprès d'itinérants, démontrant qu'ils privilégiaient les discussions ou conversations plutôt que l'accès à des documents ou films. Sachant que l'isolement, l'incertitude face à l'avenir et être victimes de discrimination sont les principales difficultés psychologiques rencontrées par les hommes homosexuels ou bisexuels, sachant que ces difficultés les rendent plus vulnérables à l'infection par le VIH (Myers et al., 1993), il pourrait être important que les intervenants soient sensibilisés à l'existence des réalités homosexuelles parmi leur clientèle et cherchent à aborder la prévention du sida auprès de cette clientèle dans un contexte plus large incluant les difficultés liées à la condition homosexuelle.

Au sujet des autres variables à l'étude, on retient que *l'intérêt personnel* à intervenir auprès des jeunes homosexuels ou bisexuels est élevé, que la problématique des MTS et du sida auprès de cette clientèle est jugée *importante et pertinente*, que les sentiments d'empathie exprimés par les intervenants semblent assez élevés, mais que leurs *sentiments de compétence* semblent moindres ainsi que leur perception de la *faisabilité* de leur offrir des services spécifiques. On sent donc chez les intervenants une volonté personnelle relativement élevée d'œuvrer auprès de cette clientèle. Toutefois, ces résultats suggèrent qu'ils sont davantage préoccupés par leur capacité à le faire et par la capacité du milieu à recevoir de façon adéquate ces jeunes, les principaux obstacles mentionnés étant le manque de ressources disponibles et l'impression que ces services devraient se donner à l'extérieur du milieu.

Concernant les différences selon le sexe, nos résultats ne démontrent pas de différence significative entre les hommes et les femmes pour ce qui est des *connaissances*, des mesures d'*attitudes*, ou des *actions réalisées* auprès de cette clientèle. En ce qui a trait aux attitudes, nos résultats sont ainsi similaires à ceux de Hudson et Ricketts (1980), de McGrory et al. (1990), de Robbins et al. (1992) et de Royse et Birge (1987). On remarque cependant que pour les attitudes face aux relations interpersonnelles avec des hommes homosexuels, lorsque l'on tient compte de l'orientation sexuelle, les hommes hétérosexuels ont un niveau d'homophobie supérieur à celui des femmes hétérosexuelles. Cette tendance a aussi été observée par Herek (1988) dans trois études effectuées auprès d'étudiants de différentes universités en Californie, où les hommes et les femmes hétérosexuels exprimaient des attitudes plus hostiles envers les personnes homosexuelles de leur propre sexe, cet effet étant plus prononcé chez les hommes. Finalement, dans notre étude, bien que les hommes hétérosexuels déclarent se sentir plus *compétents* que les femmes hétérosexuelles, ils affichent des *attitudes* plus homophobes, des *sentiments d'empathie* plus faibles et se disent moins *intéressés à participer à une éventuelle formation*. Ces résultats nous laissent perplexes. Devrait-on utiliser des stratégies plus persuasives auprès des hommes pour les inciter à participer à une éventuelle formation ou privilégier les femmes qui montrent une ouverture plus grande et semblent davantage prêtes à développer de nouvelles habilités? Il serait certes pertinent de consulter les jeunes hommes homosexuels afin de connaître leurs besoins dans ce domaine.

Par rapport au type de profession, on constate peu de différences significatives sur chacune des variables. Les médecins se démarquent toutefois par leurs *connaissances* et leurs *sentiments d'empathie* exprimés plus élevés, comme par leur plus grande perception que les services répondent aux besoins de *cette clientèle*. En contrepartie, ce sont aussi les médecins qui expriment se sentir les moins *compétents* pour travailler auprès des jeunes hommes homosexuels ou bisexuels. Il est possible que ce soit lié à leur formation ou encore à la définition même de leurs tâches, davantage orientées sur l'aspect biomédical (diagnostic, dépistage, traitement) que sur le soutien psychosocial. Par contre, les infirmières, tout en ayant un niveau de *connaissances*, d'*empathie* et de *sentiment de compétence* presque égal à celui des médecins, perçoivent davantage que les *services actuels répondent peu aux besoins* de cette clientèle et semblent davantage intéressées par une éventuelle formation. Compte tenu de ces résultats, il est possible que, comparativement aux autres professions, les infirmières soient les plus motivées à œuvrer auprès de cette clientèle. Toutefois, les convergences avec d'autres études sont limitées à cause du peu de similitudes entre les effectifs utilisés dans ces dernières. On constate cependant, comme Douglas et al. (1985) dont l'échantillon était composé de médecins et d'infirmières, qu'aucune différence significative n'est observée en ce qui concerne les attitudes entre les types de professions.

Pour ce qui est des différents lieux de pratique, bien que les intervenants des organismes communautaires (OC) s'avèrent très *intéressés* à intervenir auprès de cette clientèle, ce sont ceux pour lesquels les *connaissances* sont les plus faibles, *l'attitude face aux relations interpersonnelles* envers les hommes homosexuels est la plus négative, *l'empathie* ressentie est la plus faible et pour qui la perception de la *pertinence* et de la *faisabilité* d'offrir des services spécifiques apparaissent moindres. De plus, comparativement aux répondants des autres milieux, les intervenants des OC estiment que la proportion de leur clientèle masculine leur ayant exprimé se questionner ou être homosexuel est plus faible. En contrepartie, selon nos résultats, les intervenants travaillant dans les centres de réadaptation des jeunes en difficultés d'adaptation (CRJDA) semblent être les mieux placés pour œuvrer auprès de cette clientèle, puisqu'ils ressentent un *sentiment de compétence* plus élevé, davantage d'*empathie* et un *intérêt personnel* plus grand à intervenir auprès de ces jeunes. De plus, ils estiment davantage que les services actuels sont *adéquats* et qu'il serait *possible* d'offrir des services spécifiques à cette clientèle. Ils perçoivent aussi un *intérêt* plus grand de la part de leurs *collègues* de travail. On comprend donc que les barrières personnelles et organisationnelles sont élevées dans les organismes communautaires, alors qu'elles semblent moins présentes dans les CRJDA.

Implications pour l'intervention

En se référant au diagnostic d'éducation du modèle de Green et de Kreuter (1991), cette étude exploratoire peut suggérer certaines recommandations face à une éventuelle formation. Au niveau des facteurs

prédisposant à l'aide et au support à accorder à cette clientèle, un niveau de connaissances de base semble essentiel à la compréhension de la réalité vécue par les jeunes homosexuels à l'ère du sida. En effet, Green et Kreuter (1991) soutiennent que même si des modifications au niveau des connaissances seules n'amènent pas toujours des changements de comportement, elles peuvent amener des changements au niveau des attitudes, des intentions, des croyances et du sentiment de compétence, et éventuellement amorcer des changements de comportements. Ainsi, les aspects psychosociaux et les aspects reliés aux comportements sexuels devraient être approfondis avec les intervenants. Par contre, il faut s'interroger sur la pertinence d'accorder beaucoup d'importance aux éléments théoriques lors d'une éventuelle formation, d'autant plus que parmi les besoins formulés par certains répondants à propos des thèmes qu'ils aimeraient aborder, les facteurs déterminant l'orientation sexuelle semblent de moindre intérêt, comparativement au besoin d'obtenir davantage d'information sur le "quoi faire" et le "comment faire" avec cette clientèle. Comme un biais de désirabilité sociale peut avoir influencé les résultats concernant notamment les attitudes et que sur certains aspects, elles demeuraient tout de même plutôt négatives, l'exploration plus en profondeur par les intervenants de leurs propres attitudes envers l'homosexualité masculine devrait être favorisée. En effet, plusieurs théories supposent une association entre les attitudes et les comportements (voir Chaiken et Stangor [1987], pour une revue de littérature) et déjà, des études ont démontré l'association entre les attitudes envers l'homosexualité et la qualité des interventions envers les personnes atteintes du sida. Tel que suggéré par Downie et al. (1990), des expériences vicariantes comme les jeux de rôle, mettant en cause des situations concrètes, seraient des stratégies indiquées pour favoriser des changements d'attitudes. Comme le sentiment de compétence exprimé par les intervenants et la perception que les services répondent aux besoins ne sont pas élevés, il serait important que la formation porte un accent particulier sur l'acquisition d'habiletés d'intervention et de communication avec les jeunes hommes homosexuels ou bisexuels, d'autant plus qu'il s'agit d'un intérêt exprimé par plusieurs d'entre eux.

En ce qui a trait aux facteurs pouvant faciliter l'action auprès de cette clientèle, comme peu d'intervenants ont déjà participé à une formation sur l'homosexualité, il serait important de favoriser l'accès à la formation pour un grand nombre d'intervenants. De plus, comme les intervenants considèrent modérément faisable d'offrir des services spécifiques, il faudrait tenir compte des aspects organisationnels (par exemple, la charge de travail, le lieu pour offrir les services, l'accord des administrateurs) qui peuvent être des contraintes majeures à l'existence même de ces services. Ceci semble particulièrement problématique pour les intervenants œuvrant dans les organismes communautaires.

Au niveau des facteurs qui pourraient renforcer l'action, des études ayant démontré que les contacts antérieurs avec des hommes homosexuels étaient associés à des attitudes positives (Douglas et al., 1985; McGrory et al., 1990; Robbins et al., 1992), la participation de jeunes hommes homosexuels à la formation serait très pertinente. D'autant plus que Downie et al. (1990) affirment que cette approche peut favoriser des changements d'attitudes. En outre, comme le support social est un facteur pouvant renforcer les intervenants dans leur engagement et qu'ils perçoivent de la part de leurs collègues de travail un intérêt moins élevé que le leur, une attention particulière peut être apportée à cet aspect. À partir du moment où un intervenant cherche à créer dans son milieu une structure d'accueil adéquate pour la clientèle homosexuelle, il doit développer les habiletés nécessaires pour contrer les possibles résistances ou préjugés des collègues, des décideurs ou de la clientèle hétérosexuelle.

Les résultats de cette étude seront utiles pour la formulation d'objectifs, le choix des activités à développer et les stratégies d'implantation d'une éventuelle formation des intervenants de la Montérégie. Évidemment, ces résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des intervenants des réseaux sociosanitaire et communautaire œuvrant auprès de cette clientèle, notre échantillon non aléatoire présentant un important biais de sélection. Toutefois, bien que cette étude ne soit pas exhaustive, que l'approche choisie comporte des limites et que certains résultats suggèrent de compléter ce diagnostic en explorant davantage les contraintes organisationnelles de chacun des milieux d'intervention avant de planifier une éventuelle formation, elle décrit tout de même un ensemble de facteurs qui pourraient prédisposer les intervenants à œuvrer de façon plus adéquate auprès de la clientèle homosexuelle et bisexuelle; elle génère l'hypothèse que des obstacles organisationnels peuvent entraver le travail des intervenants compte tenu de leur milieu de pratique et laisse entrevoir que le support ou non des collègues et du milieu est un facteur à considérer.

Elle a aussi souligné le caractère complexe d'une intervention auprès de la clientèle homosexuelle, lorsque celle-ci doit être assumée par des intervenants qui, malgré leur bonne volonté, n'ont peut-être pas tous les acquis et le contexte nécessaires pour la réaliser de façon adéquate. Une formation à leur intention doit tenir compte de leur hétérogénéité étant donné notamment leur formation et leur milieu de pratique, cette hétérogénéité pouvant avoir des effets à la fois enrichissants et contraignants (Gaudreau, 1989). Étant donné l'urgence d'intervenir auprès des jeunes hommes homosexuels ou bisexuels confrontés à cette menace à leur santé sexuelle qu'est le sida, il devient impérieux que les réseaux sociosanitaire et communautaire s'impliquent et forment des intervenants capables d'offrir le support et l'aide répondant aux besoins de cette clientèle.

RÉFÉRENCES

- Adib, S. M.; Ostrow, D. G. (1991). "Trends in HIV/AIDS Behavioral Research among Homosexual and Bisexual Men in the United States: 1981-1991, *AIDS Care*, 3 (3), 281-287.
- Centre Québécois de Coordination sur le Sida (1993). *La Sexualité de l'autre, intervenir dans le respect des diversités sexuelles*. Montréal: CQCS, Document de travail.
- Chaiken, S.; Stangor, C. (1987). "Attitudes and Attitudes Change, *Annual Review of Psychology*, 38, 575-630.
- Coates, T. J.; McKusick, L.; Kuno, R.; Stites, D. P. (1989). "Stress Reduction Training Changed Number of Sexual Partners, but Not Immune Function in Men with HIV, *American Journal of Public Health*, 79 (7), 885-886.
- Coleman, D. A. (1986). "How to Care for an AIDS Patients, *Registered Nurse*, 49, 16-21.
- D'Augelli, A. R. (1989). "AIDS Fears and Homophobia among Rural Nursing Personnel, *AIDS Education and Prevention*, 1 (4), 277-284.
- De Vroome, E. M. M.; Sandfort, T. G. M. (1993). *Full-, Selective-, and No-safe Sex among a Cohort of Dutch Gay Men*. Communication présentée à la neuvième conférence internationale sur le sida, Berlin, Abrégé PO-DO6-3605.
- Dhooper, S. S.; Royse, D. D.; Tran, T. V. (1988). "Social Work Practioners' Attitudes to AIDS Victims, *Journal of Applied Social Sciences*, 12 (1), 108-123.
- Douglas, C. J.; Kalman, C. M.; Kalman, T. P. (1985). "Homophobia among Physicians and Nurses: An Empirical Study, *Hospital and Community Medicine*, 36 (12), 1309-1311.
- Downie, R. S.; Fyfe, C.; Tannahill, A. (1990). *Health Promotion, Models and Values*. Oxford: Oxford University Press.
- Folkman, S.; Chesney, N. A.; Pollock, L.; Phillips, C. (1992). "Stress, Coping, and High-risk Sexual Behavior, *Health Psychology*, 11 (4), 218-222.
- Gaudreau, L. (1989). "La diversité des intervenants d'éducation sexuelle", dans A. Dupras (éd.): *La Sexologie au Québec* (p. 238-274). Longueuil: Les Éditions I.R.I.S.
- Gaudreau, L. (1991) *Application et évaluation d'un programme de formation d'intervenants pour la prévention du sida. Le cas d'intervenants auprès des itinérants*. Montréal: Centre de recherches en éducation L. G. Inc., Rapport de recherche.
- Godin, O. G.; Carsley, J.; Morrison, K.; Bradet, R. (1993). *Enquête québécoise entre hommes 91-92. Les comportements sexuels et l'environnement social des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes*. Rapport de recherche inédit.
- Gordin, F. M.; Willoughby, A. D.; Levine, L. A.; Gurel, L.; Neill, K. M. (1987). "Knowledge of AIDS among Hospital Workers: Behavioral Correlates and Consequences, *AIDS*, 1, 183-188.
- Green, L. W.; Kreuter, M. W. (1991). *Health Promotion Planning, an Educational and Environmental Approach*. London: Mayfield Publishing Company.
- Herek, G. M. (1988). "Heterosexual Attitudes toward Lesbians and Gay Men: Correlates and Gender Differences, *Journal of Sex Research*, 25, 451-477.
- Hudson, W. W.; Ricketts, W. A. (1980). "A Strategy for the Measurement of Homophobia, *Journal of Homosexuality*, 5 (4), 357-372.

- Kelly, J.A.; St-Lawrence, J. S.; Smith, S. JR.; Hood, H.V.; Cook, D. J. (1987a). "Medical Students' Attitudes toward AIDS and Homosexual Patients, *Journal of Medical Education*, 62, 549-556.
- Kelly, J. A.; St-Lawrence, J. S.; Smith, S. JR.; Hood, H. V.; Cook, D. J. (1987b). "Stigmatization of AIDS Patients by Physicians, *American Journal of Public Health*, 77 (7), 789-791.
- Kelly, J. A.; St-Lawrence, J. S.; Smith, S. JR.; Hood, H. V.; Cook, D. J. (1988). "Nurses Attitudes towards AIDS, *Journal of Continuing Education in Nursing*, 19, 78-82.
- Kelly, J. A.; St-Lawrence, J. S.; Hood, H. V.; Brasfield, T. L. (1989). "Behavioral Intervention to Reduce aID S Risk Activities, *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 57 (1), 60-67.
- Kelly, J. A.; St-Lawrence, J. S.; Brasfield, T. L.; Lemke, A.; Amidei, T.; Roffman, R. E.; Hood, H. V.; Smith, J. E.; Kilgore, H.; McNeil, C. (1990). "Psychological Factors that Predict AIDS High-risk versus AIDS Precautionary Behavior, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (1), 117-120.
- Kelly, J. A.; St-Lawrence, J. S.; Stevenson, L. Y.; Hauth, A. C.; Kalichman, S. C.; Diaz, Y. E.; Brasfield, T. L.; Koob, J. J.; Morgan, M.G. (1992). "Community aids High-risk Reduction: The Effects of Endorsements by Popular People in Three Cities, *American Journal of Public Health*, 82 (11), 1483-1489.
- Kerr, C. I.; Horrocks, M. J. (1990). "Knowledge, Values, Attitudes, and Behavioral Intent of Nova Scotia Nurses towards AIDS and Patients with AIDS, *Canadian Journal of Public Health*, 18, 125-128.
- Klimes, I.; Catalan, J.; Bond, A.; Day, A. (1989). "Knowledge and Attitudes of Health Care Staff about HIV Infection in a Health District with Low HIV Prevalence, *AIDS Care*, 1 (3), 313-317.
- Lapierre, S.; Jourdan-Ionescu, C. (1993). *Évaluation d'un programme de sensibilisation à l'intervention auprès de patients sidéens*. Trois-Rivières: Université du Québec à Trois-Rivières, Rapport de recherche présenté au C.Q.R.S., Subvention RS-1644-A89.
- Leviton, L. C.; Valdiserri, R. O.; Lyter, D. W.; Callahan, C. M.; Kingsley, L. A.; Huggins, J.; Rinaldo, C. R. (1990). "Preventing HIV Infection in Gay and Bisexual Men: Experimental Evaluation of Attitude Change from Two Risk Reductions Interventions, *Aids Education and Prevention*, 2 (2), 95-108.
- McCusker, J.; Zapka, J. G.; Stoddard, A. M.; Mayer, K. H. (1989). "Responses to the aids Epidemic among Homosexually Active Men: The Multicenter AIDS Cohort Study, *American Journal of Public Health*, 81 (2), 194-196.
- McGrory, B. J.; McDowell, D. M.; Muskin, P. R. (1990). "Medical Students' Attitudes toward AIDS, Homosexual, and Drug-abusing Patients: A Re-evaluation in New York City, *Psychosomatics*, 31 (4), 426-433.
- Merrill, J. M.; Laux, L.; Thornby, J. I. (1989). "Attitudes toward Aids, *Hospital and Community Psychiatry*, 40 (8), 857.
- Miller, T. E.; Boraem, C.; Flowers, J. V.; Iverson, A. E. (1990). "Changes in Knowledge, Attitudes, and Behavior as a Result of a Community-based aids Prevention Program, *Aids Education and Prevention*, 2 (1), 12-23.
- Myers, T.; Godin, G.; Calzavara, L.; Lambert, J.; Locker, D. (1993). *L'Enquête canadienne sur l'infection à VIH menée auprès des hommes gais et bisexuels: Au Masculin*. Ottawa: Société canadienne du sida.
- Nadeau, D.; Boyer, R.; Fortin, C.; Duval, B.; Godin, G.; Bergeron, M. (1993). "Facteurs associés aux relations anales à risque chez des hommes homosexuels séropositifs au VIH, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 41, 228-234.
- Noh, S.; Chandarana, P.; Field, V.; Posthuma, B. (1990). "AIDS Epidemic, Emotional Strain, Coping, and Psychological Distress in Homosexual Men, *AIDS Education and Prevention*, 2 (4), 272-283.

O'Donnell, L. N.; O'Donnell, C. R.; Pleck, J. H.; Snarey, J.; Rose, R. M. (1987). "Hospital Workers and AIDS, *Journal of Applied Social Psychology*, 17 (3), 269-285.

O'Reilly, K. R.; Higgins, D. L.; Galaoot, C.; Sheridans, J. (1990). *Relapse from Safer Sex among Homosexual Men: Evidence from Four Cohorts in the AIDS Community Demonstration Projects*. Communication présentée à la sixième conférence internationale sur le sida, San Francisco.

Remis, R. S. (1993). *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida) au Québec. Cas cumulatifs (1979-1993), mise à jour 93-6*. Montréal: Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal, Centre d'études sur le sida.

Robbins, I.; Cooper, A.; Bender, M. P. (1992). "The Relationship between Knowledge, Attitudes, and Degree of Contact with AIDS and HIV, *Journal of Advanced Nursing*, 17, 198-203.

Royse, D.; Birge, B. (1987). "Homophobia and Attitudes towards AIDS Patients among Medical, Nursing, and Paramedical Students, *Psychological Reports*, 61(3), 867-870.

Santé et Bien-Être social Canada (1993). *Mise à jour de la surveillance : le sida au Canada octobre 1993*. Ottawa: Santé Canada, Division de l'épidémiologie du VIH/sida.

Siegel, K.; Mesagno, F. P.; Chen, J. Y.; Christ, G. (1989). "Factors Distinguishing Homosexual Males Practicing Risky and Safer Sex, *Social Sciences and Medicine*, 28 (6), 561-569.

Tudiver, F.; Myers, T.; Kurtz, R. G.; Orr, K.; Rowe, C.; Jackson, E.; Bullock, S. (1992). "The Talking Sex Project. Result of a Randomized Controlled Trial of a Small Groups AIDS Education for 612 Gay and Bisexual Men, *Evaluation and the Health Professions*, 15 (4), 26-42.

NEEDS ASSESSMENT FOR THE TRAINING OF HEALTH CARE AND SOCIAL STAFF WHO MIGHT HAVE TO WORK WITH YOUNG HOMOSEXUAL OR BISEXUAL MEN IN AIDS PREVENTION

ABSTRACT

The objective of this study was to analyse the educational needs of health care and social staff who might have to work in AIDS prevention with young homosexual and bisexual men. A planning model, called PRECEDE-PROCEED (Green and Kreuter, 1991), recognized for health education, was chosen and applied. A total of 338 workers responded by mail to a questionnaire which measured primarily their knowledge of and attitude toward male homosexuality, their interest in working with young homosexual or bisexual men and their perception of self-efficacy in working with this clientele to prevent AIDS. The results demonstrate that these workers have a low level of knowledge, particularly concerning the theoretical and psychosocial aspects of homosexuality. Nevertheless, they were found to have rather positive attitudes toward male homosexuality. Furthermore, the respondents seem to show a high interest in intervening to serve this clientele. They report, however, feeling only moderately competent in dealing with young homosexual or bisexual men and state that present services do not fulfil the needs of these young people. Only one third of the respondents had previously done AIDS prevention work within this group.

Key words

Needs Assessment; Education; Health Care and Social Staff; Homosexuality; AIDS.