

## Détresse psychologique chez les personnes atteintes du VIH à Montréal

## Mental Health Distress in Persons with HIV Infection in Montreal

Donna L. Lamping, Lawrence Joseph, Bill Ryan et Norbert Gilmore

Volume 17, numéro 1, printemps 1992

Sida et santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/502046ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/502046ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lamping, D. L., Joseph, L., Ryan, B. & Gilmore, N. (1992). Détresse psychologique chez les personnes atteintes du VIH à Montréal. *Santé mentale au Québec*, 17(1), 73-95. <https://doi.org/10.7202/502046ar>

Résumé de l'article

Le présent article décrit les préoccupations psychologiques reliées au VIH dans un échantillon montréalais de 128 personnes atteintes du virus, qui ont participé à une enquête nationale plus large sur les besoins et les services en santé mentale en rapport avec cette infection au Canada. Nous avons examiné les problèmes psychologiques causés par le VIH à Montréal, en comparaison d'autres villes du Canada, et dans divers sous-groupes définis selon le sexe, l'âge, le diagnostic et le facteur de risque. Les résultats montrent que même si l'infection au VIH a de fortes et profondes incidences sur la santé mentale, il existe des différences dans les genres de préoccupations et de problèmes qui affligent des groupes particuliers de répondants montréalais. L'incertitude de l'avenir et l'incapacité de réaliser ses buts dans la vie, ainsi que des sentiments d'impuissance et de peur face aux conséquences neurologiques virtuelles du VIH, étaient des sources majeures de détresse psychologique. Les sentiments de dépression, d'anxiété et de colère, de même que les inquiétudes soulevées par une détérioration physique croissante, la douleur, le danger d'infecter autrui, la confidentialité et la situation financière, étaient des sujets d'angoisse prédominants parmi les sous-groupes étudiés. Les différences entre les répondants en termes de sources de revenu, d'âge et de sexe et, dans une moindre mesure, de diagnostic et de facteur de risque, étaient associées à des niveaux variables de détresse psychologique. Bien que les répondants de Montréal (et de Vancouver) étaient moins angoissés que ceux de Toronto et de Halifax, cette divergence semblait tenir principalement à des différences d'âge et de revenu. Les données de l'enquête pourront servir aux décideurs et aux planificateurs du domaine de la santé à mettre au point les services nécessaires pour répondre aux besoins psychologiques des adultes atteints du VIH.



## Détresse psychologique chez les personnes atteintes du VIH à Montréal

Donna L. Lamping\*, Lawrence Joseph\*,  
Bill Ryan\*, Norbert Gilmore\*

Le présent article décrit les préoccupations psychologiques reliées au VIH dans un échantillon montréalais de 128 personnes atteintes du virus, qui ont participé à une enquête nationale plus large sur les besoins et les services en santé mentale en rapport avec cette infection au Canada. Nous avons examiné les problèmes psychologiques causés par le VIH à Montréal, en comparaison d'autres villes du Canada, et dans divers sous-groupes définis selon le sexe, l'âge, le diagnostic et le facteur de risque. Les résultats montrent que même si l'infection au VIH a de fortes et profondes incidences sur la santé mentale, il existe des différences dans les genres de préoccupations et de problèmes qui affligent des groupes particuliers de répondants montréalais. L'incertitude de l'avenir et l'incapacité de réaliser ses buts dans la vie, ainsi que des sentiments d'impuissance et de peur face aux conséquences neurologiques virtuelles du VIH, étaient des sources majeures de détresse psychologique. Les sentiments de dépression, d'anxiété et de colère, de même que les inquiétudes soulevées par une détérioration physique croissante, la douleur, le danger d'infecter autrui, la confidentialité et la situation financière, étaient des sujets d'angoisse prédominants parmi les sous-groupes étudiés. Les différences entre les répondants en termes de sources de revenu, d'âge et de sexe et, dans une moindre mesure, de diagnostic et de facteur de risque, étaient associées à des niveaux variables de détresse psychologique. Bien que les répondants de Montréal (et de Vancouver) étaient moins angoissés que ceux de Toronto et de Halifax, cette divergence semblait tenir principalement à des différences d'âge et de revenu. Les données de l'enquête pourront servir aux décideurs et aux planificateurs du domaine de la santé à mettre au point les services nécessaires pour répondre aux besoins psychologiques des adultes atteints du VIH<sup>1</sup>.

\* Donna L. Lamping est psychologue chercheure et maître de conférences principal (senior lecturer) au Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine et au Department of Public Health, Parkside Health Authority. Lawrence Joseph est biostatisticien et professeur assistant au Département d'épidémiologie et de biostatistique de l'Université McGill, et à la Division d'épidémiologie clinique de l'Hôpital Général de Montréal. Bill Ryan est travailleur social et chargé de cours au McGill AIDS Centre, Université McGill, et au Centre de services sociaux Ville-Marie. Enfin, Norbert Gilmore est médecin et professeur au McGill Centre for Medicine, Ethics and Law et au McGill AIDS Centre de l'Université McGill, ainsi qu'à la Division d'immunologie clinique de l'Hôpital Royal Victoria.

**D**epuis qu'on l'a dépisté pour la première fois en 1981, le sida est devenu un problème prioritaire de santé public et on l'a reconnu comme une urgence psychologique (Batchelor, 1984). De nombreux effets secondaires néfastes pour la santé mentale sont associés à l'infection au VIH, notamment des problèmes psychologiques, des désordres psychiatriques et neuropsychologiques, ainsi que des ruptures sociales, domestiques et professionnelles (voir la recension de Lamping et Sewitch, 1990). On considère généralement que l'infection au VIH exerce des effets plus nombreux et plus néfastes que d'autres maladies sur la santé mentale. On l'explique par le fait que cette infection est associée à un ensemble singulier de facteurs de stress psychosocial, facteurs à la fois multiples et puissants provenant de trois sources: les tensions associées aux maladies chroniques et mortelles en général, et celles reliées à la maladie sidatique en particulier (Gilmore, 1987; Lamping et Sewitch, 1990).

### **Sources de stress psychosocial lié au VIH**

Les personnes atteintes du VIH doivent faire face aux multiples tensions psychosociales associées à l'invalidité et/ou à la maladie chronique (Burish et Bradley, 1983; Cohen et Lazarus, 1979; Moos, 1977). Mentionnons les menaces à l'intégrité et au bien-être physiques; à l'estime de soi et aux plans d'avenir; à l'équilibre émotionnel; à l'accomplissement des activités et rôles sociaux habituels; et le stress lié à la nécessité de s'ajuster à un nouvel environnement physique et social (Cohen et Lazarus, 1979).

En outre, les malades du VIH sont aux prises avec les tensions psychosociales associées à une maladie mortelle, de même qu'avec l'idée et la réalité de la mort elle-même (Kubler-Ross, 1969; Pattison, 1977; Schofferman, 1986; Weisman et Worden, 1976). Ces tensions comprennent les menaces à la vie et les peurs de mourir; un sentiment accru de vulnérabilité personnelle; des réactions de chagrin par anticipation, et une grande détresse émotionnelle.

Les tensions vécues par les malades du VIH sont semblables à celles des personnes atteintes du cancer (Namir, 1986). La première source de stress pour les sidatiques se trouve dans les questions existentielles sur l'avenir, la longévité et la qualité de vie. En deuxième lieu, arrivent les préoccupations professionnelles et financières, suivies des problèmes d'estime personnelle, d'amitié, de vie sociale et de santé. Leurs préoccupations courantes se rangent dans le même ordre que celles des cancéreux, bien que ces derniers se font davantage de soucis pour leur santé et leur famille (Namir, 1986).

Cependant, d'autres tensions spécifiques aux malades du VIH et du sida s'ajoutent à ce stress (Blaney et Piccola, 1987; Christ et al., 1985; De Montigny et Lapointe, 1989; Dilley et al., 1985; Dilley et al., 1986; Gilmore, 1987; Goulden et al., 1984; Govoni, 1988; Kelly et St.Lawrence, 1986; Morin et Batchelor, 1984; Ostrow et Gayle, 1986; Rosenthal et Haneiwich, 1988; Scandlyn, 1988; Tross et Hirsch, 1988; Wolcott, 1986; Wong et al., 1988). Ces tensions peuvent s'expliquer par deux caractéristiques générales de la maladie sidatique qui la distinguent des autres maladies chroniques ou mortelles.

Un ensemble spécifique de facteurs de stress tient à l'incertitude créée par la nature et le pronostic particuliers de l'infection au VIH. Les facteurs qui contribuent à cette incertitude sont les suivants: le taux élevé de mortalité; le jeune âge des personnes atteintes; la nature contagieuse de la maladie; la transmission du virus par contact sexuel; et l'inquiétude liée à une longue période d'incubation et à l'absence de remède pour la maladie (Christ et Weiner, 1985; Christ et al., 1986; Ostrow et Gayle, 1986; Rosenthal et Haneiwich, 1988; Wolcott, 1986).

Un autre ensemble distinct de facteurs de stress vient du fait que l'infection au VIH entraîne une stigmatisation sociale et, partant, inspire un plus grand sentiment d'isolement social que d'autres maladies chroniques ou mortelles (Blaney et Piccola, 1987; Dilley et al., 1985; Dilley et al., 1986; Goulden et al., 1984; Govoni, 1988; Kelly et St.Lawrence, 1986; Lanctôt et De Montigny, 1989; Morin et Batchelor, 1984; Scandlyn, 1988; Tross et Hirsch, 1988; Wolcott, 1986). L'infection au VIH aboutit à une double stigmatisation: d'abord, il s'agit d'une maladie grave, mortelle et, qui plus est, contagieuse; ensuite, elle est associée à des groupes déjà stigmatisés, en particulier les homosexuels et les personnes qui s'injectent de la drogue (Abrams et al., 1986; Durham et Hatcher, 1984; Govoni, 1988; Herek et Glunt, 1988). Stapleton (1986) laisse entendre que même si la discrimination qui en résulte n'est pas aussi poussée qu'aux États-Unis, la stigmatisation existe manifestement au Canada.

### **Infection au VIH et santé mentale au Canada**

Pour traiter les questions relatives à la santé mentale des Canadiens atteints du VIH, le Centre fédéral sur le sida a constitué, en décembre 1988, le Groupe de travail sur l'infection par le VIH et la santé mentale. Composé de représentants des diverses provinces canadiennes et du large éventail de spécialités touchées par la santé mentale, ce groupe avait pour mandat d'évaluer les besoins psychologiques des personnes atteintes du virus d'immunodéficience humaine au Canada, et de formuler des recommandations sur les mesures à prendre pour répondre à ces besoins.

Afin de remplir une partie du mandat, notre équipe d'enquête formée de chercheurs universitaires et de professionnels des services de santé publics a mené une étude pour évaluer les besoins et les services de santé mentale reliés au VIH au Canada (Lamping et al., 1990a; Lamping et al., 1990). Nous avons interrogé 1 262 personnes touchées par le VIH à travers le Canada, soit des malades du VIH, des membres de leurs familles ou des proches et des soignants, afin d'évaluer les besoins et les services de santé mentale en rapport avec le VIH. Les objectifs de l'enquête sur les besoins étaient les suivants: 1) identifier les besoins en santé mentale des personnes touchées par le VIH; et 2) évaluer la disponibilité et la suffisance des services de santé mentale existants, et indiquer les lacunes à combler.

Nous traiterons ici des effets du VIH sur la santé mentale d'un sous-échantillon montréalais de 128 personnes atteintes du virus, qui ont participé à l'enquête nationale. Le but de cette étude est de décrire les préoccupations psychologiques des malades du VIH à Montréal. Nous comparerons les données de Montréal avec celles d'autres villes au Canada, et nous comparerons entre eux des sous-groupes définis en fonction du sexe, de l'âge, du diagnostic et du facteur de risque.

## **Méthode**

### *Enquête nationale sur les besoins*

Les données exposées ici ont été obtenues à la suite d'une enquête nationale sur les besoins et les services reliés au VIH, menée auprès de 1 262 personnes touchées d'une façon ou d'une autre par l'infection à ce virus au Canada. Des précisions sur les méthodes et les résultats de l'enquête sont fournies ailleurs (Lamping et al., 1990a; Lamping et al., 1990). Brièvement, trois questionnaires distincts ont été élaborés pour évaluer les besoins et les services en santé mentale des personnes atteintes du VIH, de leurs soignants et de leurs parents ou proches. Ils ont été distribués par le biais de 124 prestataires de services pour le VIH dans cinq catégories générales d'organismes, notamment les établissements de soins de santé primaires, les cliniques médicales de quartier, les centres de services sociaux, les organisations communautaires et les cabinets privés de médecine. Ont participé à l'enquête des prestataires de services de 51 établissements et organismes dans quatre grandes villes (Halifax, Montréal, Toronto et Vancouver) et dans 24 groupes communautaires à travers le Canada.

Les versions préliminaires des trois questionnaires à remplir soi-même ont été testés au préalable sur un échantillon de 52 répondants choisis dans 7 villes à travers le pays (Lamping et al., 1990). Ce test a servi ensuite à mettre au point les versions finales des questionnaires.

Les questionnaires étaient semblables de format et de contenu. Ils se divisaient en trois parties: des questions d'ordre démographique et biographique; une échelle pour mesurer la détresse psychologique, et des questions sur les services en santé mentale.

Au total, 1 747 questionnaires ont été distribués à des prestataires de services. De ce nombre, 1 262 ont été retournés, ce qui représente un taux de réponse de 72,2% pour tout l'échantillon<sup>2</sup>. Ce chiffre élevé se compare avantageusement aux taux de réponse de précédentes enquêtes canadiennes sur les aspects psychologiques et psychosociales de l'infection au VIH, soit un taux de 53% pour un sondage sur les soins palliatifs fournis aux sidatiques (Groupe de travail expert sur les soins palliatifs intégrés à l'intention des personnes atteintes du sida, 1987), et un taux de 64% pour une enquête sur les connaissances, les attitudes et les comportements des adultes au Canada à propos du sida (Ornstein, 1989).

Les 1 262 répondants de l'enquête comprenaient 581 malades du VIH, 459 soignants et 222 parents ou proches; 1 023 personnes (81%) ont répondu au questionnaire en anglais, et 239 (19%) en français. L'échantillon comportait 142 répondants de Halifax, 303 de Montréal, 349 de Toronto, 258 de Vancouver et 210 de groupes communautaires affiliés à la Société canadienne du SIDA.

### *L'enquête à Montréal*

*Répondants.* Le tableau 1 présente les caractéristiques démographiques des 128 malades du VIH qui ont participé à l'enquête à Montréal. L'échantillon montréalais comprenait 117 hommes (91%) et 11 femmes (9%), dont les âges se situaient entre 23 et 59 ans (âge moyen 37 ans). Les deux tiers environ de ces répondants avaient entre 30 et 49 ans (70%), un quart d'entre eux moins de 29 ans (22%) et seulement 8% plus de 50 ans. Au total, 86 personnes (67%) ont répondu en français, et 42 (33%) en anglais. Même si la majorité des répondants étaient de race blanche (86%), une proportion de 6% de l'échantillon appartenait à des groupes minoritaires, notamment des Noirs (3%), des Amérindiens (1%), des Asiatiques (1%) et des Latino-Américains (1%). En général les répondants montréalais avaient un niveau de scolarité élevé (68% avaient fait au moins des études collégiales ou universitaires), habitaient seuls (45%), étaient propriétaires ou locataires (76%) dans une zone urbaine (94%). Plus de la moitié d'entre eux n'avaient pas d'emploi (51%); 45% ont déclaré retirer un revenu d'un emploi, 36% recevaient des prestations du bien-être social, et 20% en touchaient d'autres sources: assurance-invalidité, assurance-chômage ou fonds privés.

**Tableau 1**  
**Caractéristiques démographiques des répondants montréalais**  
**(N=128)**

<b>Âge</b>	<b>N (%)</b>	
Moyenne (écart type)	36.98	( 8.22)
17-29 ans	28	(22)
30-39 ans	53	(41)
40-49 ans	37	(29)
50-74 ans	10	( 8)
<b>Sexe</b>		
Masculin	117	(91)
Féminin	11	( 9)
<b>Langue</b>		
Anglais	42	(33)
Français	86	(67)
<b>Scolarité</b>		
Moins de 7 années	5	( 4)
Secondaire partiel	17	(13)
Secondaire terminé	19	(15)
Collégial/universitaire partiel	49	(39)
Diplôme collégial/universitaire	37	(29)
<b>Emploi</b>		
Oui	41	(49)
Non	64	(51)
<b>Race/ethnie</b>		
Asiatique	1	( 1)
Noire	4	( 3)
Latino-américaine	1	( 1)
Amérindienne	1	( 1)
Blanche	110	(86)
Autre	2	( 2)
Aucune	9	( 7)
<b>Zone habitée</b>		
Urbaine	119	(94)
Rurale	7	( 6)
<b>Conditions de vie</b>		
Habite seul(e)	57	(45)
Habite avec conjoint	32	(25)
Habite avec parents/proches	38	(30)
<b>Source de revenu</b>		
Emploi	57	(45)
Aide sociale	46	(36)
Autre (pension d'invalidité, rentes, assurance-chômage, fonds privés)	25	(20)

Le tableau 2 présente les données relatives à la maladie des répondants montréalais.

**Tableau 2**  
**Données relatives à la maladie des répondants montréalais**  
**(N=128)**

<b>Diagnostic VIH</b>	<b>N (%)</b>
HIV asymptomatique	29 (23)
HIV symptomatique	38 (30)
Sida	59 (47)
<b>Facteur de risque</b>	
Rapports homosexuels/bisexuels (seulement)	77 (60)
Consommation de drogue par injection (seulement)	5 ( 4)
À la fois rapports homosexuels/bisexuels et consommation de drogue par injection	3 ( 2)
Transfusion sanguine	17 (13)
Rapports hétérosexuels	9 ( 7)
Autre	17 (13)
<b>Connaissance du nombre de lymphocytes T4</b>	
Ne sais pas	48 (39)
Ne veux pas savoir	10 ( 8)
Sais	
<b>Nombre de lymphocytes T4*</b>	
200 et moins	31 (47)
201-500	26 (39)
Plus de 500	9 (14)
<b>Traitement courant AZT/ddI</b>	
Oui	77 (61)
Non	49 (39)

\* Données obtenues auprès de 66 (53%) répondants qui connaissaient le nombre de leurs lymphocytes T4; cela exclut les 58 (47%) autres qui ont répondu «ne sais pas» ou «ne veux pas savoir».

Près de la moitié des répondants (47%) ont un diagnostic de sida, près du tiers (30%) sont affligés d'une infection symptomatique au VIH qui n'a pas atteint le stade du sida (30%) et près du quart (23%) sont infectés de façon asymptomatique. La majorité des répondants (60%) ont affirmé avoir été exposés au VIH par contacts homosexuels ou bisexuels, tandis que 13% l'ont été par des transfusions sanguines, 7% à la suite de rapports hétérosexuels, 4% par injection intraveineuse de drogues et 2% par suite de rapports homosexuels ou bisexuels combinés

avec l'injection de drogues. Quelque 37% des répondants ont mentionné divers facteurs de risque combinés ou ne savaient pas comment ils avaient été infectés par le VIH. Plus de la moitié des répondants (53%) connaissaient le nombre de leurs lymphocytes T-4, le reste (47%) disant *ne pas savoir* (39%) ou *ne pas vouloir savoir* (8%). Parmi ceux qui savaient, la majorité (86%) en comptaient moins de 500. Près des deux tiers (61%) des répondants recevaient couramment le traitement AZT ou ddi.

*Mesure de la détresse psychologique.* Nous avons mis au point, pour l'enquête nationale, une échelle qui permette de mesurer la détresse psychologique reliée au VIH chez les personnes atteintes du virus. Appelée «HIV Impact Scale» (HIVIS; Lamping et Hamel, 1991), cette échelle à 40 postes mesure la détresse associée aux problèmes de santé mentale éprouvés généralement par des personnes aux prises avec le VIH. Elle comporte des questions qui cernent cinq différents types de préoccupations reliées au VIH, notamment:

- préoccupations psychologiques (émotionnelles), ex. *sentiments d'impuissance, de colère, déprime*
- préoccupations psychologiques (sociales), ex. *peur d'infecter autrui, souci de confidentialité, peine ressentie pour la perte d'amis*
- préoccupations interpersonnelles, ex. *craintes d'être victime de discrimination, d'être rejeté par les autres, de confier le secret à d'autres*
- préoccupations de santé, ex. *être malade ou encore plus malade, souffrir, perdre ses facultés intellectuelles ou la raison*
- préoccupations matérielles, ex. *problèmes financiers, juridiques ou de logement*

Les divers postes de l'échelle HIVIS ont été élaborés à la suite d'un examen approfondi de la documentation sur les problèmes de santé mentale reliés à l'infection au VIH (Lamping et Sewitch, 1990) et en se fondant sur l'opinion de spécialistes et d'informateurs avisés. Pour chaque poste, les participants répondaient à la question *À quel point ce problème vous a-t-il inquiété au cours du dernier mois?* en utilisant l'échelle en 5 points de Likert (1= *Pas du tout*, 5= *Beaucoup*). L'échelle HIVIS aboutit à un score global de détresse psychologique (Total HIVIS) en calculant la moyenne des réponses à toutes les questions, ainsi que les scores des cinq sous-échelles décrites plus haut. Les totaux des scores de l'échelle HIVIS et des sous-échelles allaient de 1 à 5. La fiabilité et la validité de l'échelle HIVIS ont été démontrées par une série d'études (Hamel, 1992; Lamping et Hamel, 1991). Ces études ont fait ressortir la grande cohérence interne (0,94, 0,92, 0,89) et le bon

degré de probabilité après double test (0,71, 0,60) de l'échelle HIVIS, ainsi qu'une bonne convergence de validité avec le «Profile of Mood States» (0,78, 0,75, 0,68), avec l'échelle de santé mentale SF-36 (0,81), avec le «Brief Symptom Inventory» (0,62), et une bonne validité discriminatoire avec la sous-échelle de santé physique (-0,06) et de perception de santé physique (-0,05) de l'échelle SF-36. Dans l'enquête nationale, l'échelle HIVIS faisait partie intégrante du questionnaire distribué aux personnes atteintes du VIH.

*Procédure.* Nous avons identifié 39 prestataires clés de services reliés au VIH, à partir de 21 organismes et établissements à Montréal. Ils se répartissaient dans cinq grandes catégories: établissements de soins de santé primaires, cliniques médicales de quartier, centres de services sociaux, organisations communautaires et cabinets privés de médecine. Une lettre d'introduction a été envoyée à ces prestataires clés, pour leur expliquer le but de l'enquête et leur demander de nous aider à prendre contact avec les répondants potentiels. Cette lettre a été suivie d'appels téléphoniques pour que les prestataires de services nous confirment leur participation. Des 39 prestataires contactés, 37 (95%) représentant 21 organismes et établissements ont accepté de participer. Un membre de l'équipe de recherche a ensuite fixé une rencontre pour les familiariser avec l'enquête et planifier la distribution des questionnaires.

Les questionnaires ont été distribués à Montréal durant les mois de mars et avril 1990. Les prestataires clés ont reçu l'instruction de les distribuer durant une période cible de 2 à 5 jours dans la semaine qui suivait. On leur a demandé de remettre le questionnaire à chaque personne vue dans le cours d'une journée, ou à une personne sur deux vues le même jour, plutôt qu'à celles qu'ils connaissaient le mieux ou qui seraient plus susceptibles d'accepter de répondre. Une fois remplis, les questionnaires étaient retournés à l'équipe de recherche par services de messageries.

*Analyse de données.* Les données ont été analysées pour cerner les différences de détresse psychologique inspirée par le VIH à Montréal, à comparer avec d'autres villes du Canada, et entre les sous-groupes définis selon le sexe, l'âge, le diagnostic et le facteur de risque. Des données descriptives ont été obtenues pour toutes les variables pertinentes, avec les écarts moyens et les écarts types. Des modèles linéaires généraux ont servi à sonder les différences entre les groupes pour les scores globaux de détresse psychologique (total HIVIS), ainsi que pour les scores des cinq sous-échelles dérivées. Dans chaque cas, des techniques de régression en escalier ont servi à cerner les meilleurs ensembles de prédicteurs de détresse psychologique.

## Résultats

Nous avons d'abord étudié les différences de détresse psychologique relevées à Montréal par rapport aux autres villes de l'échantillon canadien. Ensuite, nous nous sommes penchés sur les différences entre les sous-groupes de répondants montréalais répartis selon le sexe, l'âge, le diagnostic et le facteur de risque, en contrôlant les variables de langue, de scolarité, de revenu et de conditions de vie.

### *Les Montréalais comparés aux répondants des autres villes*

Le modèle préliminaire de régression multiple qui servait à déterminer si la ville était un prédicteur de détresse psychologique a établi une différence de scores moyens HIVIS entre les quatre villes ( $p = 0,002$ ). Ces différences de scores indiquaient que la détresse psychologique était légèrement plus élevée à Montréal (2,53) et à Vancouver (2,53) qu'à Toronto (2,29) et Halifax (2,23). Le modèle subséquent, qui contrôlait l'âge, le sexe, la scolarité, le revenu, les conditions de vie, le diagnostic et le facteur de risque, a confirmé la différence et le rang des scores HIVIS des villes, même si la valeur  $p$  ne devenait significative que de façon marginale après le rajustement ( $p = 0,08$ ). L'âge ( $p = 0,02$ ) et le revenu ( $p = 0,0001$ ) sont aussi apparus comme des prédicteurs significatifs de détresse psychologique dans les quatre villes. La détresse diminuait avec l'âge, à un taux de 0,1 par 10 ans, de sorte qu'il y avait une différence moyenne de 0,4 entre le plus jeune et le plus vieux des groupes de répondants. Les prestataires de l'aide sociale manifestaient plus de détresse (un score moyen plus élevé de 0,5) que les personnes qui tirent leur revenu d'un emploi ou d'autres sources comme les pensions d'invalidité, les rentes, l'assurance-chômage ou des fonds privés.

### *La détresse psychologique dans les sous-groupes montréalais*

Pour étudier les différences de détresse psychologique dans les sous-groupes de répondants montréalais répartis selon le sexe, l'âge, le diagnostic et le facteur de risque, nous avons procédé de deux façons. À chacune des quatre variables qui définissaient les sous-groupes, nous avons d'abord appliqué un modèle de régression qui considérerait cette variable comme le seul prédicteur du modèle. Nous avons ensuite testé des modèles qui, outre la variable considérée, intégraient les trois autres variables et mettaient en corrélation la langue, la scolarité, le revenu et les conditions de vie. Dans chaque cas, nous avons étudié les différences entre les sous-groupes en termes de scores globaux de détresse sur l'échelle HIVIS, puis de scores particuliers sur les cinq sous-échelles. Le tableau 3 résume ces résultats. Afin de vérifier la solidité des résultats obtenus dans les modèles à variable unique et dans les modèles à multiples variables, nous avons extrait toutes les valeurs  $p$  inférieures

ou égales à 0,15, le seuil de signification étant défini comme  $p$  inférieur à 0,05 et la signification marginale comme  $p$  0,06-0,15.

*Scores HIVIS globaux.* Dans les cinq modèles à variable unique, une différence significative est apparue dans la détresse globale en fonction de l'âge ( $p = 0,04$ ), les plus jeunes répondants manifestant la plus grande détresse. On a calculé une différence de 0,16 dans les scores HIVIS pour dix ans d'écart d'âge, de sorte que la différence entre le plus jeune et le plus vieux s'établissait à 0,576 [95% CI = (-1,11, — 0,03)]. Une différence marginalement significative est apparue pour le sexe ( $p = 0,08$ ), les femmes déclarant plus de détresse (2,90) que les hommes (2,50) [95% CI = (-0,846, +0,040), mais cette différence ne se fondait que sur 11 femmes. Le diagnostic et le facteur de risque n'étaient pas prédicteurs de différences dans le score global de détresse.

Dans le modèle à huit variables, le revenu ( $p = 0,006$ ) et l'âge ( $p = 0,08$ ) se sont révélés les meilleurs prédicteurs de détresse générale. D'une part, les plus jeunes répondants éprouvaient plus de détresse que les plus vieux. D'autre part, les prestataires d'aide sociale étaient les plus anxieux, environ 0,4 fois plus que ceux qui tirent leur revenu d'un emploi ou d'autres sources.

*Scores des sous-échelles.* Nous avons ensuite étudié les différences dans les sous-groupes sous l'angle d'aspects spécifiques de la détresse, à partir des scores des sous-échelles. Dans les modèles à variable unique pour les préoccupations psychologiques (d'ordre émotionnel), l'âge ( $p = 0,02$ ) et le sexe ( $p = 0,03$ ) étaient des variables prédictives, mais non le diagnostic et le facteur de risque. La détresse était plus grande chez les jeunes et les femmes. Dans le modèle à huit variables appliqué aux préoccupations psychologiques (d'ordre émotionnel), des différences marginalement significatives sont apparues pour le revenu ( $p = 0,07$ ), l'âge ( $p = 0,08$ ) et le sexe ( $p = 0,12$ ). Plus grande était la détresse des assistés sociaux, des jeunes et des femmes.

Dans le modèle à variable unique appliqué aux préoccupations psychologiques (d'ordre social), aucune des quatre variables n'étaient prédictives. Dans le modèle à huit variables, le facteur de risque ( $p = 0,02$ ), le sexe ( $p = 0,02$ ), le revenu ( $p = 0,03$ ) et les conditions de vie ( $p = 0,05$ ) se sont révélés les meilleurs prédicteurs de préoccupations psychologiques (d'ordre social). Les scores étaient plus élevés chez le groupe à risque des homosexuels/bisexuels et des toxicomanes par injection, chez les assistés sociaux, chez les femmes et parmi les répondants qui habitaient avec des parents ou des proches.

Appliqués aux préoccupations interpersonnelles, les deux types de modèles n'ont dégagé aucune variable prédictive.

En ce qui concerne les préoccupations de santé, le modèle à variable unique a dégagé le diagnostic comme prédicteur de détresse ( $p = 0,05$ ), mais l'âge, le sexe et le facteur de risque n'y étaient pas des prédicteurs significatifs. Naturellement, les répondants ayant un diagnostic de sida manifestait le plus de détresse. Dans le modèle à huit variables, le revenu ( $p = 0,04$ ) et le diagnostic ( $p = 0,11$ ) se dégagent comme les plus grands prédicteurs de détresse. Celle-ci était plus élevée chez les assistés sociaux et chez les sidatiques diagnostiqués.

Pour ce qui est des préoccupations matérielles, le modèle à variable unique y a dégagé l'âge ( $p = 0,006$ ), le diagnostic ( $p = 0,07$ ) et le sexe ( $p = 0,11$ ) comme variables prédictives, mais non le facteur de risque. La détresse était plus grande chez les jeunes, les sidatiques diagnostiqués et les femmes. Dans le modèle à huit variables, le revenu ( $p = 0,0007$ ), l'âge ( $p = 0,005$ ) et le diagnostic ( $p = 0,08$ ) apparaissent comme les meilleurs prédicteurs de préoccupations matérielles. Les plus préoccupés étaient les jeunes et les sidatiques.

#### *Préoccupations prédominantes dans les sous-groupes*

Afin de fournir une description plus détaillée des préoccupations dans les sous-groupes de répondants montréalais, nous avons relevé les scores de détresse à des postes particuliers de l'échelle HIVIS pour les sous-groupes définis en fonction du sexe, de l'âge, du diagnostic, du facteur de risque et du revenu. Les tableaux 3 à 8 présentent les trois plus grandes préoccupations dans chacun des sous-groupes.

Tableau 3

### Résumé des analyses de régression simple et multiple des scores HIVIS pour les répondants de Montréal

Variable	Modèle	Prédicteurs							
		Sexe	âge	Diagnostic	Risque	Langue	Scolarité	Source de revenu	Conditions de vie
HIVIS totale	Simple	0,08	0,04	NS	NS	—	—	—	—
	Multiple	NS	0,09	NS	NS	NS	NS	0,06	NS
HIVIS émotionnelle	Simple	0,03	0,02	NS	NS	—	—	—	—
	Multiple	0,12	0,08	NS	NS	NS	NS	0,07	NS
HIVIS sociale	Simple	NS	NS	NS	NS	—	—	—	—
	Multiple	0,02	NS	NS	0,02	NS	NS	0,03	0,05
HIVIS interpersonnelle	Simple	NS	NS	NS	NS	—	—	—	—
	Multiple	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
HIVIS relative à la santé	Simple	NS	NS	0,05	NS	—	—	—	—
	Multiple	NS	NS	0,11	NS	NS	NS	0,04	NS
HIVIS matérielle	Simple	0,11	0,006	0,07	NS	—	—	—	—
	Multiple	NS	0,005	0,08	NS	NS	NS	0,07	NS

**Tableau 4**  
**Préoccupations les plus stressantes selon le sexe**

<b>Hommes (N = 117)</b>	<b>Moyenne (ET)</b>
Incertitude au sujet de l'avenir	3,50 (1,35)
Incapacité de réaliser ses buts dans la vie	3,35 (1,45)
Peur de perdre ses facultés intellectuelles ou la raison	3,23 (1,44)
<b>Femmes (N = 11)</b>	
Sentiment de colère	4,30 (1,25)
Sentiment d'impuissance	4,10 (1,29)
Sentiment dépressif	3,82 (1,17)
Incapacité de réaliser ses buts dans la vie	3,82 (1,33)

**Tableau 5**  
**Préoccupations les plus stressantes selon l'âge**

<b>23-29 ans (N = 28)</b>	<b>Moyenne (ET)</b>
Incapacité de réaliser ses buts dans la vie	4,04 (1,20)
Incertitude au sujet de l'avenir	3,74 (1,46)
Sentiment d'impuissance	3,54 (1,45)
<b>30-39 ans (N = 53)</b>	
Incapacité de réaliser ses buts dans la vie	3,50 (1,44)
Incertitude au sujet de l'avenir	3,49 (1,35)
Peur de perdre ses facultés intellectuelles ou la raison	3,25 (1,48)
<b>40-49 ans (N = 37)</b>	
Incertitude au sujet de l'avenir	3,42 (1,27)
Peur de perdre ses facultés intellectuelles ou la raison	3,17 (1,44)
Peur d'être malade ou plus malade encore	3,06 (1,29)
<b>50-59 ans (N = 10)</b>	
Sentiment d'impuissance	3,70 (1,42)
Peur d'être malade ou plus malade encore	3,44 (1,51)
Peur de ne pas pouvoir prendre soin de soi	3,40 (1,58)

Tableau 6

## Préoccupations les plus stressantes selon le diagnostic

	Moyenne (ET)
<b>VIH asymptomatique (N = 29)</b>	
Incertitude au sujet de l'avenir	3,50 (1,43)
Incapacité de réaliser ses buts dans la vie	3,46 (1,45)
Peur d'infecter autrui	3,10 (1,50)
<b>VIH symptomatique (N = 38)</b>	
Sentiment d'impuissance	3,49 (1,28)
Incertitude au sujet de l'avenir	3,46 (1,37)
Incapacité de réaliser ses buts dans la vie	3,41 (1,42)
<b>SIDA (N = 59)</b>	
Incertitude au sujet de l'avenir	3,60 (1,33)
Incapacité de réaliser ses buts dans la vie	3,41 (1,45)
Peur de perdre ses facultés intellectuelles ou la raison	3,41 (1,46)
Douleur éprouvée	3,29 (1,30)

Tableau 7

## Préoccupations les plus stressantes selon la source de revenu

	Moyenne (ET)
<b>Revenu tiré d'un emploi (N = 57)</b>	
Incertitude au sujet de l'avenir	3,46 (1,44)
Sentiment d'impuissance	3,14 (1,41)
Incapacité de réaliser ses buts dans la vie	3,11 (1,45)
<b>Revenu tiré d'une pension d'invalidité de rentes, d'assurance-chômage ou de fonds privés (N = 25)</b>	
Sentiment d'impuissance	3,32 (1,35)
Incertitude au sujet de l'avenir	3,21 (1,25)
Incapacité de réaliser ses buts dans la vie	3,13 (1,51)
<b>Revenu tiré de l'aide sociale (N = 46)</b>	
Incapacité de réaliser ses buts dans la vie	3,91 (1,27)
Problèmes financiers	3,87 (1,29)
Incertitude au sujet de l'avenir	3,75 (1,31)

Tableau 8

## Préoccupations les plus stressantes selon le facteur de risque\*

Rapports homosexuels/bisexuels seulement (N = 77)	Moyenne (ET)
Incertitude au sujet de l'avenir	3,64 (1,27)
Incapacité de réaliser ses buts dans la vie	3,30 (1,41)
Peur de perdre ses facultés intellectuelles ou la raison	3,25 (1,36)
<b>Consommation de drogue par injection seulement (N = 5)</b>	
Incertitude au sujet de l'avenir	4,60 (0,55)
Sentiment de dépression	4,40 (0,89)
Sentiment d'anxiété	4,20 (0,84)
<b>Transfusion sanguine (N = 17)</b>	
Incertitude au sujet de l'avenir	3,56 (1,55)
Incapacité de réaliser ses buts dans la vie	3,47 (1,55)
Souci de confidentialité	3,13 (1,50)
<b>Rapports hétérosexuels (N = 9)</b>	
Sentiment d'impuissance	3,75 (1,39)
Incapacité de réaliser ses buts dans la vie	3,33 (1,41)
Sentiment de colère	3,13 (1,64)

\* Dans le groupe à risque combiné des homosexuels/bisexuels et des consommateurs de drogue par injection, les répondants ont été exclus à cause de leur petit nombre (N = 3), et dans l'autre groupe à risque (N = 17) à cause de l'hétérogénéité des répondants.

Deux préoccupations dominaient particulièrement dans tous les sous-groupes : *l'incertitude au sujet de l'avenir* et *l'incapacité de réaliser ses buts dans la vie*. Ces deux soucis sont apparus constamment parmi les trois plus grandes causes d'anxiété dans 13 des 16 sous-groupes différents (mais non indépendants). Parmi les autres grands sujets de préoccupations, il faut mentionner le *sentiment d'impuissance*, qui se classait parmi les trois plus grandes sources d'anxiété dans sept sous-groupes, et la *peur de perdre ses facultés intellectuelles ou la raison*, qui apparaissait en bonne place dans cinq sous-groupes.

Chez les femmes, les *sentiments de colère et de dépression* étaient aussi cotés parmi les trois plus grands sujets d'anxiété; chez les répondants plus âgés, les autres sujets de préoccupation dominants étaient la peur d'être malade ou plus gravement malade et celle de ne pas pouvoir prendre soin de soi. Les répondants des stades initiaux de l'infection VIH asymptomatique s'inquiétaient surtout d'infecter autrui, tandis que le *sentiment d'impuissance* était la plus grande préoccupation de ceux

dont l'infection était symptomatique, et *la douleur* celle des sidatiques. Évidemment, les prestataires de l'aide sociale ont mentionné les *problèmes financiers* comme souci prédominant; les toxicomanes par injection, la *déprime* et l'*anxiété*; les hétérosexuels séropositifs, les sentiments de *colère* et d'*impuissance*. Quant aux répondants infectés par transfusion sanguine, le *souci de confidentialité* était l'un de leurs plus grands sujets de préoccupation.

## Discussion

Les résultats de l'enquête montrent que l'infection au VIH a des conséquences fortes et profondes sur la santé mentale. Dans notre échantillon montréalais d'adultes infectés par le VIH, l'incertitude de l'avenir et l'incapacité de réaliser ses buts dans la vie, de même que le sentiment d'impuissance et la peur des mauvais effets neurologiques de l'infection VIH, étaient des sources majeures de détresse psychologique. Les sentiments de dépression, d'anxiété et de colère, ainsi que les préoccupations au sujet d'une invalidité croissante, de la douleur, de la contamination d'autrui, de la confidentialité et de la situation financière, étaient des sujets d'inquiétude prédominants dans les sous-groupes spécifiques de répondants. Bien que plusieurs des ces préoccupations sont analogues à celles qu'on rencontre dans d'autres maladies chroniques et mortelles (Burish et Bradley, 1983; Cohen et Lazarus, 1979; Kubler-Ross, 1969; Moos, 1977; Namir, 1986; Weisman et Worden, 1976), certaines peuvent tenir à l'incertitude et à la stigmatisation sociale inhérentes à l'infection VIH.

Des analyses plus poussées révèlent des patterns distincts de détresse reliée au VIH dans les sous-groupes de Montréalais infectés. Les différences entre les répondants en fait de revenu, d'âge et de sexe sont associées à des niveaux variables de détresse psychologique. Naturellement, les prestataires de l'aide sociale manifestent constamment plus de détresse que ceux qui tirent leur revenu d'un emploi ou d'autres sources, les problèmes financiers étant l'une des sources les plus significatives de stress pour ce sous-groupe. Même si les jeunes tendent à faire part d'une plus grande détresse générale que les plus âgés, particulièrement en ce qui concerne les préoccupations matérielles, les répondants plus âgés sont plus susceptibles de s'inquiéter d'une invalidité croissante et d'une diminution de leur capacité de prendre soin d'eux-mêmes. Dans notre échantillon de 11 femmes, par ailleurs, les sentiments de colère et de dépression étaient particulièrement soulignés.

Les scores de détresse psychologique ne diffèrent pas entre anglophones et francophones, entre personnes qui vivent seules et celles qui habitent avec d'autres, ou entre des répondants de divers niveaux de

scolarité. Quoique non associé à la détresse générale, le diagnostic est relié à des sujets particuliers de préoccupation: les sidatiques diagnostiqués éprouvent plus de détresse par rapport à leur santé et aux problèmes matériels. Fait à remarquer, la détresse associée à deux soucis majeurs, l'incertitude au sujet de l'avenir et l'incapacité de réaliser ses buts dans la vie, ne change pas avec la progression de la maladie. Les répondants qui n'en sont qu'aux premiers stades de l'infection asymptomatique, de même que les infectés symptomatiques et les sidatiques diagnostiqués, considèrent ces deux soucis comme les plus grandes sources de stress. Sur un plan clinique, il vaut la peine de noter le fait que les malades symptomatiques sont grandement préoccupés par un sentiment d'impuissance, puisque cela s'avère une différence psychologique distinctive entre les séropositifs symptomatiques et les sidatiques. En outre, comme les cas symptomatiques représentent souvent des coûts plus élevés en termes de médicaments, de consultations médicales et de multiples recherches et traitements, les interventions visant à atténuer le sentiment d'impuissance dans ce groupe pourraient avoir un effet bénéfique sur le plan économique aussi bien que sur le plan clinique et psychologique.

Le facteur de risque n'est pas relié à la détresse générale, mais il s'associe également à des sujets spécifiques de préoccupation. Ainsi, les répondants du groupe à risque d'homosexuels/bisexuels et de toxicomanes par injection associent leur plus grande détresse à des préoccupations sociales. Le fait que les hétérosexuels séropositifs mentionnent des sentiments d'impuissance comme leur souci prédominant peut être dû, en partie, au manque de services spécifiques pour répondre aux besoins de ce groupe.

Les différences observées dans les préoccupations mentales des divers sous-groupes soulignent l'hétérogénéité des besoins psychologiques des personnes atteintes du VIH à Montréal. Bien que l'infection au VIH ait des conséquences fortes et profondes sur la santé mentale de la plupart des répondants, des différences apparaissent dans les genres de préoccupations et de problèmes qui inspirent le plus de stress à des groupes particuliers. Ces données peuvent avoir des implications pour le développement de services de santé mentale à l'intention des personnes infectées au VIH, en autant qu'on identifie des cibles précises d'intervention dans les divers sous-groupes de malades.

Une autre question dont traite cette enquête est de savoir dans quelle mesure les données de l'échantillon montréalais, sur la détresse reliée au VIH, correspondent aux soucis psychologiques de l'échantillon plus large de Canadiens que l'enquête a sondés à travers le pays. Si on les compare aux répondants des trois autres grandes villes, les Montréalais atteints du VIH se rapprochent de leurs homologues de Vancou-

ver pour ce qui est des scores globaux de détresse. Même si certaines données indiquent que les répondants de Montréal (et ceux de Vancouver) sont légèrement plus anxieux que leurs homologues de Toronto et de Halifax, cette divergence semble tenir surtout à des différences d'âge et de revenu chez les personnes choisies pour l'enquête. Ainsi, les Montréalais étaient prestataires de l'aide sociale dans une plus grande proportion (36%) que les répondants de Toronto (13%) et de Halifax (16%); ils étaient en outre un peu plus âgés en moyenne (37 ans) que leurs homologues de Halifax (35 ans) et de Toronto (36 ans). Néanmoins, le fait que la détresse reste marginalement plus grande à Montréal, après contrôle des variables de revenu et d'âge, appelle une étude plus approfondie. Toute conclusion interprétative sur cette apparente détresse plus grande à Montréal serait, pour le moment, conjecturale. Une recherche plus poussée est nécessaire pour cerner les fondements de cette différence, et notamment pour savoir s'il n'y aurait pas des besoins non comblés à Montréal par rapport aux autres grandes villes du Canada.

Bien que notre échantillon national de personnes infectées par le VIH se soit avéré semblable à la population sidatique au Canada en termes de caractéristiques démographiques et de données relatives à la maladie (Lamping et al., 1990a), il est possible que la généralisation des résultats ne soit limitée dans une certaine mesure par d'éventuels biais d'échantillonnage sur le plan national. D'abord, parce qu'il s'agissait d'un échantillonnage dirigé plutôt qu'aléatoire, des biais peuvent s'être glissés à deux moments: dans la distribution des questionnaires par les prestataires de services à des répondants perçus comme les plus désireux de participer, et dans une sélection faite par les répondants entre eux. Ensuite, comme l'échantillonnage s'est fait à partir des organismes et établissements pourvoyeurs de services, les données se limitent aux utilisateurs des services de santé prévus pour le VIH.

Les modèles mis au point ici sont utiles pour identifier les facteurs associés à la détresse psychologique en rapport avec le VIH, mais ils sont quelque peu limités pour prévoir la détresse individuelle. En effet, même si l'on peut trouver les caractéristiques des répondants qui sont le plus associées avec les scores de l'échelle HIVIS, le fait de connaître les caractéristiques d'un individu en particulier ne permet pas de cerner précisément son degré de détresse mentale. Donc, même si les données de l'enquête ne peuvent servir à décrire ou prévoir des états individuels, elles seront utiles pour tirer des conclusions sur l'impact psychologique de l'infection VIH chez les répondants pris globalement ainsi que dans les sous-groupes spécifiques.

En résumé, la détresse psychologique des personnes atteintes du VIH à Montréal est partout présente, dans divers sujets de préoccupation

et pour divers sous-groupes de répondants. Même si nombre de ces préoccupations sont semblables à celles qu'on rencontre dans les maladies chroniques et mortelles, certaines parmi les plus stressantes se rapportent aux caractéristiques particulières de l'infection VIH. Cette enquête ne permet pas de dire si le degré de détresse mentale des malades du VIH dépasse celui des patients affligés d'autres maladies chroniques et mortelles. Cependant, elle identifie clairement un certain nombre de problèmes psychologiques qui sont fort pénibles pour les personnes atteintes du VIH à Montréal, ainsi que les caractéristiques particulières de ce groupe qui contribuent à intensifier la détresse psychologique. Telles quelles, les données de l'enquête pourront servir aux décideurs et aux planificateurs du domaine de la santé à mettre au point les services nécessaires pour répondre aux besoins psychologiques des adultes atteints du VIH.

## NOTES

1. Nos remerciements s'adressent à Shanshan Wang, M.Sc., pour l'aide fournie dans l'analyse des données, ainsi qu'à Diane Telmosse et Debby Stanley, pour leur assistance technique. Nous reconnaissons aussi la précieuse contribution de diverses personnes à l'enquête nationale, notamment: Maida Sewitch, R.N., B.Sc., Elisabeth Clark, Patrizia Di Meco, B.A., et Marc Hamel, B.A., qui ont été assistants de recherche; Steven Grover, M.D., J. Ivan Williams, Ph.D., et Carli Meister, R.N., M.Sc.(A), qui ont formé le comité de direction; et les membres du Groupe de travail sur l'infection par le VIH et la santé mentale, Centre fédéral sur le sida. Nous remercions les soignants du VIH de diverses villes à travers le Canada, qui se sont dévoués sans compter pour nous donner accès aux répondants et distribuer les questionnaires. Nous avons particulièrement apprécié la participation des personnes atteintes du VIH, des membres de leurs familles et de leur entourage immédiat ainsi que des soignants qui ont répondu à l'enquête nationale.

Nous saluons avec reconnaissance la participation des organismes et services suivants, qui nous ont mis en contact avec des répondants pour l'échantillon montréalais: AIDS Community Care Montreal, Chez Ma Cousine, Clinique l'Actuel, CLSC Centre-ville (Équipe d'intervention SIDA), CLSC Métro (AIDS Intervention Centre, Homecare Program), Comité sida aide Montréal (Services de soutien et Groupe des proches), Fondation SIDA Secours, Groupe d'action pour la prévention du SIDA dans la communauté haïtienne, Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal (Service de la microbiologie), Hôpital Notre-Dame (Services sociaux médicaux), Hôpital Saint-Luc (Département de santé communautaire), Hôpital Sainte-Justine (Services sociaux médicaux, Direction des services ambulatoires, Service d'immunologie-allergie-rhumatologie), Hôpital général juif (Dé-

partement des services sociaux), Maison Dehon, Hôpital de Montréal pour enfants (Soins à domicile, Service social), Hôpital Général de Montréal (AIDS Service Clinic), Maison Nazareth, Médecin (pratique privée), Psychologue (pratique privée), Hôpital Royal Victoria (Département de microbiologie, Département de psychiatrie, Division d'immunologie clinique, Clinique d'immunodéficience, Clinique des maladies infectieuses, Services de pastorale) et le Centre de services sociaux Ville-Marie.

La correspondance et les demandes d'autorisation de reproduction doivent être adressées à: Dr. Donna L. Lamping, Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, UK.

2. Il s'agit d'une estimation prudente du taux de réponse, car on ne pouvait distinguer les vrais «non-répondants» (c'est-à-dire les répondants virtuels qui ont reçu un questionnaire mais omis d'y répondre) de ceux qui n'ont pas répondu par suite des «lacunes dans la distribution» (c'est-à-dire des questionnaires envoyés mais non distribués effectivement par les prestataires de services).

## RÉFÉRENCES

- ABRAMS, D.I., DILLEY, J.W., MAXEY, L.M., VOLBERDING, P.A., 1986, Routine care and psychosocial support of the patient with the acquired immunodeficiency syndrome, *Medical Clinics of North America*, 70, 707-720.
- BATCHELOR, W.F., 1984, AIDS: A public health and psychological emergency, *American Psychologist*, 39, 1279-1284.
- BLANEY, R.L., PICCOLA, G.E., 1987, Psychologic issues related to AIDS, *Journal of Medical Association of Georgia*, 76, 28-32.
- BURISH, T.G., BRADLEY, L.A., 1983, *Coping With Chronic Disease: Research and Applications*, Academic Press, New York.
- CHRIST, G.H., WIENER, L.S., 1985, Psychosocial issues in AIDS, in V.T. De Vita, Jr., S. Hellman, S.A. Rosenberg, eds., *AIDS: Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention*, Lippincott, Philadelphia, 275-297.
- CHRIST, G.H., WIENER, L.S., MOYNIHAN, R.T., 1986, Psychosocial issues in AIDS, *Psychiatric Annals*, 16, 173-176, 178-179.
- COHEN, F., LAZARUS, R.S., 1979, Coping with the stresses of illness, in G.C. Stone, F. Cohen, N.E. Adler, eds., *Health Psychology*, Jossey Bass, San Francisco, 217-254.
- DE MONTIGNY, J., LAPOINTE, B.J., 1989, Les contours d'un nouveau symbole de mort, *Frontières*, 2, 18-21.
- DILLEY, J.W., OCHITILL, H.N., PERL, M., VOLBERDING, P.A., 1985, Findings in psychiatric consultations with patients with acquired immune deficiency syndrome, *American Journal of Psychiatry*, 142, 82-86.

- DILLEY, J.W., SHELP, E.E., BATKI, S.L., 1986, Psychiatric and ethical issues in the care of patients with AIDS, *Psychosomatics*, 27, 562-566.
- DURHAM, J.D., HATCHER, B., 1984, Reducing psychological complications for the critically ill AIDS patient, *Dimensions of Critical care Nursing*, 3, 300-306.
- Expert working group on integrated palliative care for persons with AIDS, 1987, *Caring Together*, Federal Centre for AIDS, Ottawa.
- GILMORE, N., 1987, AIDS palliative care: The courage to care, *Journal of Palliative Care*, 3, 33-38.
- GOULDEN, T., TODD, P., HAY, R., DYKES, J., 1984, AIDS and community supportive services: Understanding and management of psychological needs, *Medical Journal of Australia*, 141, 582-586.
- GOVONI, L.A., 1988, Psychosocial issues of AIDS in the nursing care of homosexual men and their significant others, *Nursing Clinics of North America*, 23, 749-765.
- HAMEL, M., 1992, *La fiabilité et la validité de deux nouvelles échelles pour évaluer la santé mentale des personnes affectées par le virus de l'immuno-déficience humaine*, Thèse de maîtrise non publiée, Université du Québec à Montréal, Montréal, QC.
- HEREK, G.M., GLUNT, E.K., 1988, An epidemic of stigma: Public reactions to AIDS, *American Psychologist*, 43, 886-891.
- KELLY, J.A., ST. LAWRENCE, J.S., 1986, Behavioral intervention and AIDS, *Behaviour Therapist*, 6, 121-125.
- KUBLER-ROSS, E., 1969, *On Death and Dying*, Macmillan, New York.
- LAMPING, D.L., HAMEL, M.A., 1991, *Development, Reliability and Validity of a Scale to Measure HIV-Related Mental Health Distress*, Paper presented at the First International Conference on Biopsychosocial Aspects of HIV Infection, Amsterdam.
- LAMPING, D.L., HAMEL, M., DI MECO, P., 1990, *Addendum: HIV-Related Mental Health Needs and Services in Canada: Needs Assessment Survey Final Report*, (Federal Centre for AIDS Contract No. 2225; 164 pp.), Federal Centre for AIDS, Ottawa.
- LAMPING, D.L., SEWITCH, M., 1990, *Review of the Literature on HIV Infection and Mental Health*, Health and Welfare Canada, Ottawa.
- LAMPING, D.L., SEWITCH, M., CLARK, E., RYAN, B., 1990a, *HIV-Related Mental Health Needs and Services in Canada: Needs Assessment Survey Final Report*, (Federal Centre for AIDS Contract No. 2225; 330 pp.), Federal Centre for AIDS, Ottawa.
- LAMPING, D.L., SEWITCH, M., CLARK, E., RYAN, B., 1990b, *Needs Assessment Study: Pretest Study Report*, (Available from Federal Centre for AIDS Working Group on HIV Infection and Mental Health).
- LANCTÔT, L., DE MONTIGNY, J., 1989, L'isolement des sidéens et des sidéennes, *Frontières*, 2, 48-49.

- MOOS, R., Ed., 1977, *Coping With Physical Illness*, Plenum, New York.
- MORIN, S.F., BATCHELOR, W.F., 1984, Responding to the psychological crisis of AIDS, *Public Health Reports*, 99, 4-9.
- NAMIR, S., 1986, Treatment issues concerning persons with AIDS in McKusick, L., ed., *What to Do About AIDS: Physicians and Mental Health Professionals Discuss the Issues*, University of California Press, Berkeley, 87-94.
- ORNSTEIN, M., 1989, *AIDS in Canada: Knowledge, Behaviour and Attitudes of Adults*, University of Toronto Press, Toronto.
- OSTROW, D.G., GAYLE, T.C., 1986, Psychosocial and ethical issues of AIDS health care programs, *Quality Review Bulletin*, 12, 284-289; 292-294.
- PATTISON, E.M., 1977, *The Experience of Dying*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- ROSENTHAL, Y., HANEIWIICH, S., 1988, Nursing management of adults in the hospital, *Nursing Clinics of North America*, 23, 707-718.
- SCANDLYN, J., 1988, Social aspects of AIDS, *Orthopædic Nursing*, 7, 26-32.
- SCHOFFERMAN, J., 1986, Medicine and the psychology of treating the terminally ill., in McKusick, L., ed., *What to do about AIDS: Physicians and Mental Health Professionals Discuss the Issues*, University of California Press, Berkeley, 51-60.
- STAPLETON, D., 1986, AIDS: Psychosocial dimensions, *Canadian Family Physician*, 32, 2510-2511; 2513; 2515; 2517-2518.
- TROSS, S., HIRSCH, D.A., 1988, Psychological distress and neuropsychological complications of HIV infection and AIDS, *American Psychologist*, 43, 929-934.
- WEISMAN, A., WORDEN, W., 1976, The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7, 1-15.
- WOLCOTT, D.L., 1986, Psychosocial aspects of acquired immune deficiency syndrome and the primary care physician, *Annals of Allergy*, 57, 95-102.
- WONG, H., ALLEN, H.A., MOORE, J., 1988, AIDS: Dynamics and rehabilitation concerns, *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 19, 37-41.

## **Mental Health Distress in Persons with HIV infection in Montreal**

### **ABSTRACT**

This paper describes the HIV-related mental health concerns of a sample of 128 persons with HIV infection in Montréal who participated in a larger national survey of HIV-related mental health needs and services in Canada. We examined mental health distress in persons with HIV infection in Montréal compared to other cities in Canada, and in subgroups of HIV-infected Montrealers defined on the basis of sex, age,

diagnosis, and risk factor status. Results demonstrate that although HIV infection has a strong and far reaching impact on mental health, there are differences in the types of concerns and issues that are distressing to specific groups of Montréal respondents. Uncertainty about the future and not being able to realize life goals, as well as feelings of helplessness and fears about potential adverse neurological consequences of HIV disease, were major sources of psychological distress. Feelings of depression, anxiety, and anger, as well as concerns about increasing physical disability, pain, infecting others, confidentiality, and finances were predominant concerns among specific subgroups. Differences between respondents in terms of source of income, age, and sex, and to a lesser extent diagnosis and risk factor status, were associated with varying levels of mental health distress. Although respondents in Montreal (and Vancouver) were more distressed than respondents in Toronto and Halifax, these differences appear to be due primarily to differences in age and source of income. Findings from this study will be useful to policy makers and health planners in developing services to meet the mental health needs of HIV infected adults.