UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

REGARD QUALITATIF SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'INTIMITÉ
CHEZ DES ADOLESCENTS D'ORIENTATION HÉTÉROSEXUELLE VIVANT AVEC
LE VIH ET
INFECTÉS PAR TRANSMISSION VERTICALE EN HAÏTI

MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR
ASCENCIO JUNIOR MAXI

AVRIL 2010

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont contribué à la réalisation de ce travail de fin d'études de deuxième cycle universitaire à des degrés divers. Elles méritent de savoir combien leur contribution a été d'une grande importance. En premier lieu, je remercie les responsables des Centres GHESKIO (groupe haïtien d'étude de sarcome de kaposi et des infections opportunistes) qui m'ont permis de mener cette étude au sein de leur institution. Mes remerciements s'adressent de manière spéciale au Dr Jean William Pape qui a répondu sans hésiter à ma demande et m'a autorisé à mener cette recherche auprès de la population constituée d'adolescents. Un merci spécial va au Dr. Rose-Irène Verdier qui m'a conseillé et orienté en ce qui se rapporte à l'Éthique de la recherche. Mes gratitudes vont à la dynamique équipe de la clinique pour adolescents des Centres GHESKIO, notamment au Dr. Francine Noël, à l'infirmière principale Roselaure Drapeau, également à Miss Joseph Bernadette. Un merci spécial va également à d'autres membres de cette équipe, telle la personne chargée de l'accueil à cette clinique, Miss Gordana, sans oublier les agents de terrain, les pairs éducateurs et les assistants sociaux.

Pour les 29 adolescents et adolescentes qui ont accepté de partager leur vécu avec le VIH dans le cadre de ce mémoire, les mots me manquent pour leur exprimer ma gratitude. Cependant, je veux tout simplement les remercier de tout cœur pour leur inestimable contribution. Je souhaiterais vivement que cette recherche fasse éclore dans le pays d'autres types d'intervention visant la population d'adolescents vivant avec le VIH depuis la naissance.

Que deviendrait l'idée de recherche si elle n'a pas été soutenue et orientée par des professeures aussi expérimentées que Joanne Otis et Mylène Fernet? Ce tandem dynamique et efficace m'a tissé pour devenir un chercheur autonome. Joanne, merci de m'avoir accepté sans hésitation dès le départ parmi vos nombreux étudiants. À Mylène, cette exceptionnelle personne qui a été pour moi plus qu'une professeure, je vous dis merci pour vos conseils judicieux.

Mes remerciements vont en outre à ma conjointe Frantzly et à mes enfants Normil, Sébastien et Haisha qui m'ont soutenu et encouragé au cours de mes longues heures de labeur. À ma fille Haisha qui s'inquiète toujours pour mon manque de sommeil, je te dis merci.

À tous ceux qui ont contribué directement ou indirectement à la concrétisation de ce mémoire, spécialement à tous les professeurs qui ont participé à ma formation en sexologie, notamment à Hélène Manseau qui m'a fourni les premiers rudiments de la méthodologie qualitative, je vous remercie.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	VII
RÉSUMÉ	VIII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE.....	4
CHAPITRE II ÉTAT DES CONNAISSANCES ET CADRE CONCEPTUEL	7
2.1 Le concept d'intimité.....	7
2.2 L'adolescence, période de changement, de profondes transformations psychosociales et de réorganisation des relations parent-adolescent.....	9
2.2.1 Attachement parents-adolescents.....	10
2.2.2 L'adolescent et ses relations avec les pairs.....	11
2.2.3 Les relations amoureuses et sexuelles à l'adolescence	13
2.3 Connaissance, attitudes et comportement des adolescents haïtiens face au VIH	15
2.4 Les adolescents infectés au VIH depuis la naissance en Haïti et ailleurs	17
2.4.1 Le vécu des adolescents vivant avec le VIH en France et au Canada.....	17
2.4.2 L'expérience des adolescents vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire	20
2.5 Approche théorique privilégiée	21
CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE.....	24
3.1 Stratégie de recherche.....	24
3.2 Population à l'étude	24
3.3 Stratégies de recrutement et de l'échantillonnage	25
3.4 Déroulement de la collecte des données.....	28
3.5 Considérations éthiques.....	29

3.6	Analyse et interprétation des résultats	29
3.7	Procédures pour assurer la scientificité	31
CHAPITRE IV		
ANALYSE DES RÉSULTATS.....		
4.1	Le développement de l'intimité au sein de la famille	32
4.2	L'intimité : avant tout une question de sécurité, de protection et de partage au sein de la famille	33
4.2.1	La sécurité matérielle et affective offerte par les parents ou les substituts parentaux : il me procure tout ce dont j'ai besoin.....	34
4.2.2	Protection de la santé de l'adolescent : mon père s'organise pour que rien ne m'arrive.....	36
4.2.3	La protection de la santé familiale et sociale : mettre au courant ou fermer sa bouche.....	42
4.2.4	Le partage de son expérience avec le VIH, un lien d'attache et une affaire d'intimité familiale	47
4.3	Le développement des relations intimes avec les pairs	49
4.3.1	L'intimité avec les pairs : avant tout de l'amitié profonde, un partage des ressources et une affaire personnelle et privée en ce qui a trait à l'infection au VIH	50
4.3.2	Le partage des ressources, la solidarité des liens d'amitié à travers la sécurité matérielle offerte par les amis : ce sont mes amies qui cotisent pour payer mon écolage.....	55
4.3.3	Le VIH, une affaire personnelle du domaine du privé : un frein au développement de l'intimité	55
4.3.4	Le partage de l'information relative à son statut sérologique, une intrusion dans ses affaires personnelles : ma mère ne voulait que je n'en parle à personne	60
4.4	Le développement de l'intimité avec les partenaires amoureux et sexuels	61
4.4.1	L'impossible intimité: au pire le rejet et exceptionnellement le partage	62
4.4.2	Le besoin de séduire sans risque : j'aime certains garçons qui me courtisent mais je refuse à cause de la maladie, je fais la cour à des filles qui m'acceptent mais je les évite à cause de l'infection dans mon sang.....	67
4.4.3	La proximité sexuelle sans engagement : j'ai eu mes premières relations sexuelles avec une amie	70

4.4.4 L'intimité : généralement de l'autoprotection qui mène exceptionnellement au partage.....	72
CHAPITRE V DISCUSSION.....	76
5.1 Rappel de l'objectif général de la présente investigation	76
5.2 Limites de la recherche.....	85
5.3 Discussion autour des trois sphères du développement de l'intimité	77
5.3.1 Apport de l'étude à la théorie de l'intimité.....	77
5.4 Pistes de recherches émergentes à partir de la discussion	90
5.5 Recommandations pour l'intervention sexologique	91
CONCLUSION.....	93
APPENDICE A CANEVAS D'ENTREVUE	95
APPENDICE B FORME DE CONSENTEMENT	101
APPENDICE C FICHE SIGNALÉTIQUE.....	106
APPENDICE D GRILLE DE CODIFICATION.....	108
APPENDICE E PROFIL DÉTAILLÉ DES PARTICIPANTS EN FONCTION DU TRAITEMENT ET DES ACTIVITÉS SEXUELLES	110
BIBLIOGRAPHIE.....	113

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
3.1	Caractéristiques des participants à l'étude.....	27
D.1	Grille de codification.....	109
E.1	Profil détaillé des participants en fonction du traitement et des activités sexuelles.....	111

RÉSUMÉ

L'intérêt des chercheurs pour les adolescents vivant avec le VIH depuis la naissance est un phénomène récent lié à l'accessibilité aux traitements antirétroviraux spécialement dans les pays en voie de développement. Les recherches menées auprès de cette population sont rares; encore plus rares sont celles menées sur le développement de l'intimité de ces jeunes. Cette recherche vise à explorer le développement de l'intimité d'un groupe d'adolescents haïtiens vivant avec le VIH depuis la naissance, à la lumière des modèles théoriques de Furman et Wehner (1997) et Brown (1999). Selon ces modèles, l'intimité évolue à travers les relations entretenues au sein de la famille, avec les pairs et avec un partenaire amoureux. La population est constituée de 29 adolescents des deux sexes âgés de 15 à 20 ans. Ces adolescents sont suivis à Port-au-Prince, à la clinique pour adolescents des centres GHESKIO (groupe haïtien d'études de sarcome de Kaposi et des infections opportunistes). Dans le cadre de cette recherche, ces adolescents ont accepté de participer à des entrevues individuelles. Les étapes d'analyse proposées par Van der Maren (2004) ont été utilisées pour l'analyse et l'interprétation des données. Les témoignages de ces adolescents ont permis d'identifier quatre types de famille dans lesquels ils évoluent : une famille d'origine, une famille élargie, une famille reconstituée et une nouvelle famille. Ainsi, le développement de l'intimité est fonction du type de famille dans lequel évolue l'adolescent et de la puissance des liens entre les membres d'une famille. Le lien d'intimité au sein de la famille se construit à travers la sécurité et la protection prodiguée à chacun de ses membres. La sécurité présente deux formes, l'une matérielle et l'autre affective. Par la sécurité matérielle, la famille répond aux besoins de l'adolescent en lui procurant un logement, de l'alimentation, une éducation et subvient aux soins de santé, etc. La sécurité affective est offerte à travers les liens d'affection et de confiance dans les moments difficiles. Quant à elle, la protection cible d'abord la santé de l'adolescent. Ainsi, la famille constitue l'espace où le secret est le mieux gardé; elle devient le territoire par excellence de l'intimité. Avec les pairs, l'intimité se développe d'abord par un lien d'amitié. Ce lien évolue à travers le jeu, représentant l'aimant ou la force qui attire les jeunes pour se regrouper sans aucun lien au préalable. L'habitude de se rencontrer dans des endroits tels la zone de résidence, l'école, l'église ou tout autre endroit semble faire naître ou renforcer le lien d'amitié entre les jeunes. Au fil du temps, ce lien d'amitié évolue et confère aux pairs un rôle de confident et de conseiller. Cependant, ces confidences et conseils portent sur l'amour et sur la sexualité mais jamais le sujet de l'infection ne semble être abordé. L'infection au VIH constitue pour les adolescents à l'étude une affaire personnelle du domaine du privé, un frein au développement de leur intimité avec leurs pairs. Par conséquent, certains ont établi des limites relationnelles et ont tracé une ligne frontalière entre les relations familiales, les relations amicales et les affaires personnelles. Cette carte relationnelle semble leur permettre de limiter leur relation avec leurs pairs, se resituer dans leur relation avec la famille et se positionner dans une relation avec un éventuel partenaire amoureux et sexuel. Avec un partenaire amoureux, le développement de l'intimité se caractérise par une impossibilité à s'engager dans une liaison intime. Cette impossibilité se justifie d'abord par l'infection au VIH, ensuite par la difficulté de se faire accepter par un partenaire, la difficulté de se dévoiler, la peur de transmettre l'infection, la peur d'être quitté et par la pensée de ne pas pouvoir procréer. Pour cela, une majorité a choisi de mettre en veilleuse les relations amoureuses et sexuelles. Sur le plan des relations sexuelles, la majorité

des garçons qui sont actifs sexuellement affirment (6/29) avoir expérimenté leurs premières relations avec des amies sans engagement. Par contre, pour une minorité des filles actives sexuellement (4/29), elles sont toutes préoccupées par le partage de leur vécu avec leurs partenaires amoureux et sexuels. Cependant, la majorité ne parvient pas à s'ouvrir à son amoureux. Elle se protège en gardant le silence sur son vécu avec le VIH afin de maintenir tout au moins une proximité sexuelle à défaut de l'intimité. En conclusion, des recommandations sont formulées en vue d'intervenir afin de faciliter l'épanouissement harmonieux de ces adolescents et adolescentes au sein de leur famille, envers leurs pairs et dans leurs relations amoureuses.

MOTS CLÉS :

Infection au VIH - Transmission verticale – Adolescence - Centres GHESKIO - Haïti - Développement de l'intimité - Attachement.

INTRODUCTION

L'île d'Haïti fait partie de l'archipel des Antilles ou de la Caraïbe. Les habitants sont en majorité des descendants de l'Afrique et ils utilisent deux langues officielles pour communiquer : le créole et le français. Le créole est parlé par la majorité du peuple et est formé par certaines langues africaines, par certaines langues européennes, de l'anglais et par la langue des Indiens d'Amérique qui vivaient sur l'île avant même la colonisation. Le français cependant est parlé par la minorité des gens plus ou moins éduqués. À travers le temps, la nation haïtienne a pu constituer sa propre culture, laquelle trouve ses racines dans les différentes tribus africaines d'où viennent les anciens esclaves menés sur l'île par les colonisateurs. Les croyances populaires se sont structurées pour former une vision du monde, une religion en syncretisme avec la religion catholique. Cette religion forme la tradition vaudou qui structure les attitudes et le comportement du peuple. Quoique beaucoup d'Haïtiens se considèrent comme appartenant au christianisme, la majorité de la population est l'adepte du vaudou, religion qui transmet un ensemble de croyances qui forment la mentalité haïtienne (Bijoux, 1990).

La famille traditionnelle haïtienne type vit le plus souvent dans les zones rurales. Elle constitue une famille élargie habitant sur une étendue de terre bien circonscrite dénommée « Lakou », dirigé par le patriarche le plus âgé. À cause de l'urbanisation, les familles élargies tendent à s'effriter et les familles nucléaires à se disperser. La polygamie, pratique non consacrée par la législation, constitue la base de la famille haïtienne. Dans la société, on identifie cinq types d'union : « marié, placé, vivavek, renmen et fiancé ». Ainsi, la plupart des mères vivent dans une situation monoparentale et ont la responsabilité d'élever leurs enfants avec l'aide parfois du père, mais principalement avec le soutien de la grand-mère (Bijoux, 1995 ; Cayemittes, et al., 2001).

Concernant la maladie, dans la croyance populaire haïtienne, il existe deux catégories de maladies. Les maladies naturelles dites les maladies du Bon-Dieu et les maladies surnaturelles engendrées par les loas et les morts ou par la sorcellerie. Dans ce contexte, le

VIH a été perçu pendant longtemps par la population comme une maladie surnaturelle, un sort jeté par une personne malveillante (Bijoux, 1990; Adrien et al., 1991).

Depuis le début de la pandémie du VIH en Haïti, la voie hétérosexuelle constitue le principal mode de transmission par lequel l'infection se propage à travers la population. Dans un premier temps, les personnes infectées par le VIH étaient condamnées à mourir du fait qu'il n'existait aucun médicament, aucun traitement pouvant les aider à vivre avec cette infection. L'arrivée de la thérapie antirétrovirale a fait passer l'infection au stade de maladie chronique, marquant ainsi un tournant majeur pour la survie des personnes atteintes. Les antirétroviraux ont permis aux femmes enceintes de survivre, de mettre au monde leurs enfants et de les voir grandir sur une longue période de temps. Ils ont permis également aux enfants nés avec le VIH de vivre en santé et d'atteindre la fin de la période de l'adolescence.

L'adolescence est considérée comme une période se caractérisant par des changements biologiques, sexuels, psychologiques et sociaux. À cause de ces différentes transformations, elle constitue un champ d'intérêt de prédilection pour beaucoup de chercheurs. L'avènement du VIH fait émerger un intérêt spécial pour la réalisation d'études au cours de cette période de la vie humaine, notamment auprès des adolescents vivant avec le VIH depuis leur naissance. Ce mémoire s'intéresse à ce groupe d'adolescents et cible plus particulièrement le développement de l'intimité de ces jeunes.

Ce mémoire comporte cinq chapitres. Au premier chapitre, la problématique est présentée. La prévalence du VIH à travers le monde y est exposée notamment dans la région des Caraïbes et en Haïti. Les limites de ces études y sont mises en relief. L'objectif général et la pertinence de l'étude y sont également présentés.

Le second chapitre présente sur le cadre conceptuel de l'étude. L'état des connaissances et le cadre conceptuel y sont présentés. Une revue des relations entre l'adolescent et ses pairs et l'émergence de l'intérêt amoureux et sexuel à l'adolescence sont aussi abordées dans ce chapitre. La question relative aux connaissances, attitudes et comportements des adolescents haïtiens par rapport au VIH y est présentée et le point est ensuite fait sur la situation des adolescents infectés au VIH depuis leur naissance en Haïti et ailleurs. Ce chapitre se termine

par la présentation de la théorie de Furman et Wehner (1997) et de celle de Brown (1999), lesquelles sont retenues dans le contexte de la présente étude.

Dans le troisième chapitre, la méthodologie est présentée en termes de population à l'étude, de recrutement et d'échantillonnage et de cueillette des données. Les écueils et les dispositions adoptées, les considérations éthiques et les retombées éventuelles de l'étude y sont exposés.

Le quatrième chapitre présente l'analyse des résultats sous l'angle du développement de l'intimité au sein de la famille, dans les relations aux pairs et enfin, dans les relations aux partenaires amoureux et sexuels. Le développement de l'intimité est illustré à travers trois grandes catégories conceptuelles à savoir : 1) L'intimité : avant tout une question de sécurité, de protection et de partage au sein de la famille : 2) L'intimité avec les pairs : avant tout de l'amitié profonde, du partage des ressources et une affaire personnelle et privée en ce qui a trait à l'infection au VIH et : 3) L'impossible intimité : au pire le rejet et exceptionnellement le partage.

Le cinquième chapitre discute des résultats des données empiriques et théoriques du mémoire. Chacun des trois volets qui composent la résultante de nos analyses et qui sont présentés sous la forme de catégories conceptuelles y est discuté. Cette discussion est alimentée par les recherches empiriques portant sur une population générale d'adolescents et également sur une population d'adolescents infectés au VIH depuis leur naissance. Des pistes de recherche émanant des résultats de ces volets sont ensuite avancées. Finalement, l'apport de l'étude à la théorie de l'intimité y est démontré. Ce chapitre se termine par des recommandations pour l'intervention sexologique en tenant compte du contexte clinique, familial, communautaire et du contexte éducationnel dans lequel ces jeunes évoluent.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Depuis 1981, le monde fait face à une pandémie sans précédent, provoquée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), lequel est à l'origine du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA). Les rapports hétérosexuels semblent largement en cause dans la progression du VIH à travers le monde, faisant des femmes un groupe de plus en plus vulnérable. En 2007, le nombre de femmes infectées par le VIH dans le monde était estimé à 15,4 millions, et celui des enfants de moins de quinze ans à 2,5 millions. Chaque jour plus de 1600 enfants naissent infectés. La majorité des personnes infectées par le VIH/SIDA dans le monde se trouvent en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes (ONUSIDA, 2007).

Haïti et la République dominicaine partagent la prévalence la plus élevée du VIH dans les Caraïbes (ONUSIDA, 2007). Cependant, Haïti demeure le pays le plus gravement atteint, avec un nombre de 300 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA. Une tendance à la baisse a été constatée au niveau de la prévalence chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale entre 1996 et 2004, celle-ci étant passé de 5,9 % à 3,1 %. Malgré cette baisse, cette prévalence est alarmante et plus élevée que la prévalence nationale observée en 2005, parmi les adultes, celle-ci se situant à 2,2 % (Hempstone *et al.*, 2004; ONUSIDA, 2007).

À cause du nombre grandissant de femmes séropositives au cours des vingt dernières années, la transmission périnatale est devenue préoccupante (Lepage, 2005). Avant 1996, aucune mesure préventive ne permettait de réduire les risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Depuis 1996, ces enfants qui naissent infectés arrivent en relative bonne santé à l'adolescence grâce à la thérapie antirétrovirale. Par ailleurs, ceux nés après 1996 dont la mère n'a pas pu avoir accès au traitement atteignent en grand nombre l'adolescence, entre autres dans ces pays en voie de développement où l'accès au traitement antirétroviral est encore très limité. (Trocmé *et al.*, 2002; Dollfus *et al.*, 2006). On estime donc à 20000 le

nombre d'enfants de moins de quinze ans infectés par la transmission maternofoetale en Haïti (MSPP, 2000; Hempstone *et al.*, 2004). Les données sur la prévalence du VIH chez les adolescents haïtiens sont éparses. Il est quasi impossible d'avancer avec exactitude des données chiffrées concernant cette population. Cependant, des données datant du début des années 1990 font état d'une prévalence se situant autour de 6 % parmi les jeunes âgés de 14 à 19 ans (Holschneider *et al.*, 2003). Comme l'a fait remarquer Adeothy-Koumakpaï (2002) : « La survie et le développement d'une nation reposent essentiellement sur le dynamisme de sa jeunesse. Or, celle du tiers-monde est particulièrement menacée par le SIDA ».

Malgré un environnement économique précaire et l'instabilité politique que connaît Haïti depuis plusieurs années, des organisations non gouvernementales et certaines institutions luttent en vue de faire face à la pandémie. Le contexte actuel de l'épidémie impose que les professionnels de la santé réfléchissent et se positionnent sur la manière d'accompagner efficacement les adolescents qui ont survécu grâce à la thérapie antirétrovirale à l'infection au VIH depuis leur naissance. Actuellement, les interventions des professionnels haïtiens dans ce domaine se concentrent davantage sur l'observance thérapeutique ou les suivis médicaux qui ne s'appuient pas nécessairement sur une compréhension globale de la période de l'adolescence et de ses enjeux développementaux. De plus, les services offerts aux adolescents infectés sont généralement semblables à ceux destinés aux adolescents infectés par voie sexuelle ou aux populations adultes. Récemment, une institution (les Centres GHESKIO) a créé une clinique destinée aux adolescents. Malheureusement, les services offerts ne tiennent pas compte de la réalité particulière des adolescents infectés depuis la naissance; ils reçoivent tous le même type de prise en charge psycho-sociomédicale. Il n'est toutefois pas possible, dans l'état actuel des connaissances sur la question en Haïti d'intervenir efficacement auprès de ce groupe sans chercher à comprendre davantage leur réalité, puisque des données nationales à caractère psychosocial sont quasi inexistantes.

En effet, il n'existe quasiment pas de données scientifiques sur la réalité des adolescents vivant avec le VIH/SIDA en Haïti, encore moins chez ceux qui ont été infectés par transmission verticale. Les rares recherches effectuées auprès des adolescents se sont orientées davantage sur l'observance thérapeutique et peu considèrent les enjeux liés au développement psychosexuel. Des études menées en France (Trocmé *et al.*, 2002) et au

Québec (Fernet *et al.*, 2007) auprès des adolescents infectés au VIH par la transmission verticale font état de difficultés à deux niveaux : celles liées au vécu du VIH qui se conjuguent à celles inhérentes à la période de l'adolescence elle-même. En ce qui a trait à la sexualité, ces études ont révélé que la majorité de ces adolescents étaient sexuellement actifs, qu'ils n'adoptaient pas toujours des pratiques sexuelles sécuritaires, et que dans certains cas, ils pouvaient même risquer d'infecter leur partenaire ou de se surinfecter, en n'utilisant pas de préservatifs (Trocmé *et al.*, 2002). Parmi les adolescents infectés au VIH et sexuellement actifs, entre 37,4 % et 45,5 % auraient dévoilé leur statut infectieux à leur partenaire. Les rares études menées auprès des adolescents infectés au VIH par transmission verticale révèlent que ces jeunes craignent de dévoiler leur statut sérologique à un ami intime voire à un partenaire amoureux (Trocmé *et al.*, 2002). Pourtant, la révélation de soi constitue un des éléments essentiels de l'intimité. Ainsi, il s'avère nécessaire d'approfondir la connaissance sur les relations intimes afin d'améliorer ou d'élaborer des interventions auprès de ce groupe particulier à la lumière des théories sur le développement de l'intimité.

À cette description qui s'applique probablement aussi aux adolescents haïtiens, s'ajoute le fait qu'une proportion d'entre eux sont orphelins et qu'ils vivent dans des conditions économiques précaires, dans un contexte où la stigmatisation et la discrimination face aux personnes infectées par le VIH sont répandues. Contrairement à certaines sociétés où les jeunes frappés par la maladie ou le décès des parents sont pris en charge par des structures étatiques, les adolescents haïtiens infectés par le VIH/sida doivent compter sur la bonne volonté de la famille. Ils devront développer des relations d'intimité à travers une structure familiale dont la forme est variable et éventuellement apprendre à nouer des relations amicales et amoureuses ce qui pose des défis supplémentaires au plan du développement de l'intimité.

Dans ce contexte, ce mémoire a comme objectif général d'examiner le développement de l'intimité d'adolescents infectés au VIH par la transmission verticale en Haïti. De plus, il explorera les significations que revêt la relation d'intimité pour ces jeunes, avec leurs parents, avec leurs amis ainsi qu'avec un partenaire amoureux.

CHAPITRE II

ÉTAT DES CONNAISSANCES ET CADRE CONCEPTUEL

Cette section fait état des connaissances relatives au développement de l'intimité des adolescents hétérosexuels infectés ou non-infectés par le VIH. On tente d'abord de faire la lumière sur le concept d'intimité, pour en adopter une définition propre à cette recherche. Dans un deuxième temps, les différents points de vue des chercheurs sur la relation parent-adolescent dans le contexte des transformations psychosociales à l'adolescence sont présentés. En outre, la notion d'attachement dans les relations parent-adolescent y est resituée. En second lieu, les relations entre l'adolescent et ses pairs sont revues. Puis, l'émergence de l'intérêt amoureux et sexuel à l'adolescence est traitée. De façon particulière, la question relative aux connaissances, attitudes et comportements des adolescents haïtiens par rapport au VIH est exposée. Le point sur la situation des adolescents infectés au VIH depuis leur naissance en Haïti et ailleurs est ensuite présenté. Finalement, le modèle théorique privilégié par la présente étude est décrit et justifié.

2.1 Le concept d'intimité

En général, il existe un point de vue commun parmi les spécialistes en relation interpersonnelle qui consiste à considérer le concept d'intimité comme étant un élément primordial dans l'analyse et la description des relations humaines. Par contre, en ce qui a trait à sa définition, ces experts sont en désaccord sur une définition opérationnelle unique de ce terme (Lippert et Prager, 2001; Thériault, 2001; Mansour, 1992; Reisman, 1990). Ainsi, certains chercheurs, dépendamment de la nature de leurs recherches, lui attribuent une définition particulière (Lippert et Prager, 2001). En ce sens, Laurenceau *et al.* (1998) ont enquêté sur les différentes acceptations de l'intimité formulées par certains chercheurs et ont retenu cette définition la plus souvent citée : «A qualitative of interactions between persons : individuals emit reciprocal behaviors that are designed to maintain a comfortable level of closeness.» Par contre, d'autres mettent l'accent sur la quête d'expériences intimes par des

gens, en fonction de l'intensité de leurs besoins de proximité et de la satisfaction de ceux-ci par quelqu'un d'autre.

D'un autre côté, Mansour (1992) a identifié dans la littérature quatre éléments majeurs dans la définition de ce concept. Il s'agit de : «*self-disclosure*» (révélation de soi), «*emotional expressiveness*» (expressions émotionnelles), «*trust*» (confiance) et «*giving and receiving of support in a relationship*» (donner et recevoir du soutien dans une relation). Reis et Shaver (1988) ont pour leur part identifié deux éléments primordiaux dans la définition de l'intimité : «*self-disclosure et partner responsiveness*» (réaction du partenaire). En plus, ils la considèrent comme un processus au cours duquel la personne se sent comprise, acceptée ou respectée, et aimée.

Reisman (1990) a aussi noté que le concept d'intimité comporte de nombreuses et différentes significations parmi les chercheurs. Cependant, dans la recherche en psychologie, elle réfère au partage d'informations personnelles, telles des problèmes, des émotions et des inquiétudes. De même, elle réfère à un sentiment d'affection ou de proximité. Par ailleurs, les psychologues ont décrit l'intimité comme un ingrédient indispensable pour le bien-être individuel (Lippert et Prager, 2001). Par conséquent, quand l'intimité s'installe dans une relation avec une autre personne, elle produit des effets positifs, tels, le bonheur, des sentiments de proximité, le sentiment d'être accepté et aimé (Reis et Shaver, 1988). Par contre, une relation dans laquelle le degré d'intimité est faible provoquerait un sentiment de dépression, peu de satisfaction dans la relation et de la solitude (Clarck et Wilkinson, 2006). Dans le même sens, Beauminger *et al.* (2008) l'ont décrit comme un lien avec une autre personne, marqué par une franchise dans la description et le partage de ses pensées et de ses sentiments. Par ailleurs, Thériault (2001) constatant l'utilisation abusive des termes comportements sexuels et intimité sexuelle a proposé de scinder le terme intimité sexuelle en deux éléments distincts, à savoir : l'intimité sexuelle non-coïtale et l'intimité sexuelle coïtale. Enfin, Vallerand (2006) a formulé une définition dans laquelle il intègre les propositions de différents théoriciens, laquelle est adoptée par la présente étude, et qui s'articule comme suit :

«L'intimité est une relation où l'autre a une très grande importance pour soi, et où les partenaires manifestent un fort degré d'interdépendance durant une longue période de temps. Il s'agit d'une relation caractérisée par la révélation de soi, la familiarité avec l'autre, l'inclusion de l'autre en soi et un niveau élevé d'engagement envers l'autre et envers la relation.»

2.2 L'adolescence, période de changement, de profondes transformations psychosociales et de réorganisation des relations parent-adolescent

À la période de l'enfance, relativement peu d'interactions sociales ont lieu entre les garçons et les filles. Les études ont démontré que la ségrégation de genre est universelle et caractérise le monde social des enfants. Arriver à l'adolescence, les interactions entre les deux sexes augmentent sensiblement. Partant de l'attitude antérieure de ségrégation de genre, les adolescents ont besoin de se réorienter et d'apprendre à composer avec l'autre sexe. Certains auteurs postulent que l'adolescent passe par une période de bouleversements, de transformations physiques et psychiques, se caractérisant par une remise en question de ses rapports avec son environnement, et une affirmation de son identité propre (Epelbaum, 1998; Coslin, 2003). Ces bouleversements et ces transformations se font sentir dans un contexte de crise, de transgressions et de révoltes. Elle est donc vitale pour l'épanouissement psychique de l'individu.

Un des aspects de ces transformations est le développement de l'intimité de ces adolescents. Celle-ci se rapporte au processus par lequel l'individu passe pour établir des liens avec d'autres personnes, particulièrement avec un partenaire sexuel. En raison de la montée des désirs sexuels, un intérêt est ressenti pour le sexe opposé. Dans certaines études réalisées auprès d'adolescents, on rapporte que plusieurs jeunes de 14 ans ont déjà été impliqués dans des relations romantiques (Carver, Joyner et Udry, 2003). Ces relations romantiques sont conceptualisées en termes d'attachement. En ce sens, le partenaire amoureux est vu comme une figure d'attachement, remplaçant ainsi les parents qui représentaient, encore tout récemment, la plus importante figure dans la hiérarchie de ce lien. Ce partenaire offre de la proximité, de la sécurité et de la protection, comme le feraient des parents pour leurs enfants (Hazan et Shaver, 1987).

L'intérêt et l'investissement grandissant dans une relation amoureuse ne peuvent être détachés des deux autres relations majeures dans la vie des adolescents, à savoir celles avec

la famille et avec les meilleurs amis. La fréquence des interactions et la diversité des activités des adolescents se déplaceraient des parents vers les pairs (Shulman et Scharf, 2000). Dans ce contexte, la compréhension des relations amoureuses en fonction d'une perspective développementale suggère que la qualité de ces relations est en lien non seulement avec les expériences avec un partenaire romantique, mais aussi à la qualité de la relation avec les parents et avec les pairs (Shulman et Scharf, 2000).

2.2.1 Attachement parents-adolescents

Le concept d'attachement a été proposé par Bowlby depuis près de trois décennies afin de décrire le lien fondamental entre parents-enfants qui est nécessaire pour la survie et le développement normal de l'individu (Moretti et Peled, 2004 ; Ainsworth, 1989). Selon la théorie d'attachement, les enfants, les adolescents et les adultes ont grandement bénéficié d'une source principale de sécurité émotionnelle, dite une figure primaire d'attachement sur laquelle ils peuvent compter, en dépit des circonstances difficiles de la vie, la mère étant l'unique personne à pouvoir jouer ce rôle en fournissant de la protection et de la sécurité à son enfant. Ainsi, la nature des relations entretenues avec cette figure d'attache aura des impacts durables sur les relations interpersonnelles subséquentes de l'enfant (Freeman et Brown, 2001 ; Ainsworth, 1989).

La qualité et la nature des soins fournis par les parents aux enfants amèneront ces derniers à consolider leurs expériences en développant un modèle mental et un modèle comportemental de fonctionnement, lesquels feront partie de leur personnalité (Hazan et Shaver, 1987 ; Moretti et Peled, 2004). En fonction de la nature et la qualité des réponses parentales aux besoins des enfants, des types d'attachement en découlent. Ces réponses peuvent être sécuritaires ou non sécuritaires (Miller et Hoicowitz, 2003 ; Moretti et Peled, 2004). Un enfant qui a eu des expériences positives dans ses relations avec une figure d'attache aura une attitude positive par rapport à son environnement et entretiendra une relation de confiance avec les autres. Par contre, un enfant qui a fait des expériences négatives développerait une attitude de méfiance quant aux autres et à son environnement (Moretti et Peled, 2004 ; Freeman et Brown, 2001). Les recherches montrent que l'attachement à l'enfance se manifeste précisément avec les mêmes effets à l'adolescence. Par conséquent, les relations parent-enfant posent la base pour les relations interpersonnelles futures et pour la capacité

d'entretenir une relation intime avec des pairs et avec un partenaire amoureux (Scharf et Mayselless, 2001).

Certaines études ont été menées sur l'attachement entre parent et adolescent. Parmi celles-ci, l'étude de Freeman et Brown (2001) spécialement, s'est intéressée à l'attachement primaire aux parents et aux différences entre les types d'attachement. Ils ont travaillé auprès d'une population de 99 adolescents âgés de 16 à 18 ans, dont 47 garçons et 52 filles. Les résultats révèlent que les parents tout comme les pairs représentent une source primaire de soutien. En ce qui concerne les types d'attachement, les adolescents ayant expérimenté un attachement sécuritaire identifient à 90 % leurs parents comme figure de soutien primaire, alors que les adolescents ayant expérimenté un attachement non sécuritaire rapportent à 90 %, les pairs comme une figure de soutien primaire. Par ailleurs, Hazan et Shaver (1987) ont mené une étude quantitative portant sur les relations amoureuses conçues comme un processus d'attachement. La population comprenait 620 personnes âgées de 14 à 82 ans, et cinq hypothèses étaient à l'étude. Parmi ces hypothèses, l'une porte sur les types d'attachement. Les résultats révèlent que 56 % des participants se classifient parmi le type d'attachement sécuritaire. Ces résultats dénoteraient qu'au cours du développement de l'intimité notamment à l'adolescence, un éventuel partenaire amoureux va substituer aux parents comme figure d'attache. Ainsi, les résultats de cette étude renforcent la théorie relative au développement de l'intimité.

Les études effectuées sur le thème de l'attachement ont surtout été réalisées dans les pays du Nord. Par conséquent, certaines réalités culturelles propres aux pays du Sud y sont peu ou pas abordées. Ainsworth (1989) a fait mention de quelques-unes de ces réalités, tel le cas des adolescents qui se voient dans l'obligation d'agir comme substitut parental. En ce sens, ils fournissent protection et sécurité à une personne qui devrait au contraire prendre soin d'eux. Cependant, les recherches dans ce champ sont peu abondantes, alors que c'est une réalité saillante dans certaines sociétés traditionnelles.

2.2.2 L'adolescent et ses relations avec les pairs

L'adolescence est caractérisée en outre par une période marquée par d'importantes transformations psychosociales et une augmentation du niveau d'autonomie. De plus, cette

période est fortement marquée par une réorganisation des relations avec les parents, lesquelles étaient tout au cours de l'enfance, influencées par une soumission passive aux injonctions parentales. Par contre, cette période dite de transition ne serait pas achevée si un certain détachement aux parents n'a pas lieu (Moretti et Peled, 2004 ; McGue, Elkins, Walden et Iacono, 2005). Ainsi, à cette période, les relations adolescent-parent subissent des changements majeurs parfois entachés d'intenses conflits. De ce fait, l'attachement présente un dilemme pour l'adolescent, lequel consiste à maintenir le lien avec les parents tout en explorant le monde social en dehors de la famille et en développant un nouveau lien avec des amis (Moretti et Peled, 2004). Le contact avec des amis constitue un aspect important dans le développement social à l'adolescence. Ces amis remplacent à un certain niveau les parents comme source primaire de soutien social et contribuent à l'exploration de son identité sociale, de son individuation et de son bien-être (Connolly, Craig, Golberg et Pepler, 1999 ; Kuttler et La Greca, 2004 ; La Greca et Mackey, 2004; Pagano et Hirsch, 2007). D'ailleurs, ce nouveau rôle social ouvert à l'adolescent lui fait rester de plus en plus hors du cercle familial. Ainsi, le temps passé avec les parents est considérablement diminué par rapport à celui passé avec les amis, soit 35 % avec les amis contre 14 % avec les parents (Moretti et Peled, 2004 ; Zimmer-Gembeck, 2002 ; Adams, Laursen et Wilder, 2001). Le réseau social d'amis est donc indispensable dans le processus du développement de l'adolescent. Il influe sur la structuration et la qualité des relations interpersonnelles, facilite les rapports entre ses membres et forme la qualité des interactions sociales au sein du groupe. Il comporte deux caractéristiques distinctes. Premièrement, les pairs deviennent au premier plan, leur nombre s'accroît, puis remplissent des fonctions diverses. Deuxièmement, les premières relations amoureuses commencent à émerger (Connolly, Furman et Konarski, 2000). Pour beaucoup d'enfants, les amis sont préalablement constitués des pairs de même sexe. Durant l'adolescence, les relations avec les pairs deviennent plus intimes et le temps consacré au groupe des pairs est considérable (Zimmer-Gembeck, 2002).

L'appartenance à un groupe de pairs et le fait d'avoir des amis intimes facilitent l'autonomie, l'individualité et l'achèvement de son identité personnelle et sociale, lesquels soutiendront plus tard une saine relation amoureuse. Le contexte des relations avec les pairs spécialement avec les amis intimes constitue une médiation entre les relations parents-enfants et celles avec un partenaire amoureux. Les pairs en tant que médiateurs, facilitent le partage d'informations

et la sécurité nécessaire pour l'exploration ultérieure des relations amoureuses (La Greca et Mackey, 2004 ; Scharf et Mayseless, 2001). Il existe un nombre considérable de recherches traitant des questions relatives au développement de l'intimité à l'adolescence. Cependant, les études traitant uniquement des adolescents dans leurs rapports avec les pairs sont rares. Elles sont menées toujours dans le contexte des relations amoureuses, des relations avec la famille, ou en faisant une comparaison avec d'autres facteurs.

Sharabany, Eshel et Hakim (2008) ont constaté que la majorité des études faites dans le domaine des relations intimes sont menées surtout dans les sociétés occidentales, dans lesquelles les parents ont développé des normes spécifiques dans leur rapport avec leurs enfants. Ainsi, ces auteurs ont opté pour mener leurs études dans une société traditionnelle, afin de mieux comprendre le développement de l'intimité avec les amis, avec les adolescents du même sexe et de sexe opposé, âgés de 11 à 18 ans, par rapport au style parental des familles en Israël. La population était constituée de 723 adolescents, dont 430 garçons et 293 filles, et est divisée en quatre groupes d'âge (11-12 ans; 13-14 ans; 15-16 ans et 17-18 ans). Les résultats ont révélé que les filles ont une capacité d'intimité supérieure aux garçons. Le style parental est marqué par un certain autoritarisme. Par ailleurs, Rice et Mulkeen (1995) ont fait une étude longitudinale aux États-Unis sur l'intimité des adolescents en rapport avec les parents et les pairs. La population était constituée de 109 adolescents âgés de 13 à 21 ans, dont 53 garçons et 57 filles. Ils ont utilisé des instruments pour évaluer l'intimité des adolescents avec leur mère, leur père et leurs meilleurs amis. Les résultats de cette étude montrent une divergence par rapport au résultat de la précédente étude : les garçons rapportent un niveau d'intimité supérieur aux filles. Même s'il existe cette divergence entre ces deux études, de nombreux chercheurs semblent être convaincus de la différence de genre en matière du développement de l'intimité (Zimmer-Gembeck, 2002 ; Kuttler et La Greca, 2004 ; Reisman, 1990).

2.2.3 Les relations amoureuses et sexuelles à l'adolescence

Avant l'adolescence, les enfants s'associent au groupe de pairs du même sexe qu'eux. Par contre, à l'adolescence, les contacts se font de plus en plus avec les pairs de sexe opposé. Ainsi, la fréquentation entre adolescents et adolescentes facilite la rencontre pour l'initiation à des relations amoureuses (King et Harris, 2007). L'émergence des liens amoureux est l'un

des changements les plus frappants du développement social à l'adolescence (Connolly, Craig, Golberg et Pepler, 2004 ; Kuttler et La Greca, 2004 ; Sharf et Maysseless, 2001 ; Bouchey et Furman, 2003 ; Connolly et Johnson, 1996). Cependant, Shulman et Kipnis (2001) ainsi que Shulman et Scharf (2000) ont fait remarquer qu'on ne sait pas quand et comment les relations amicales entre adolescents et adolescentes se transforment en relation amoureuse ou sont considérées comme telles par eux. Dans le cadre de la théorie d'attachement, les partenaires amoureux sont perçus comme une figure d'attachement en lieu et place des parents (Hazan et Shaver, 1987).

Des chercheurs ont identifié certains facteurs d'ordre sociocontextuel ou culturel pouvant influencer sur les activités amoureuses et sexuelles des adolescents. Parmi ces facteurs, ils mentionnent notamment les groupes d'amis, le type de partenaire amoureux, la société dans laquelle évolue l'adolescent et sa structure familiale (Bouchey et Furman, 2003 ; Longmore, Manning et Giordano, 2001 ; King et Harris, 2007). En effet, les parents peuvent intervenir sur les relations amoureuses et sexuelles des adolescents par la mise en place de stratégies de socialisation. Ainsi, par les stratégies parentales de contrôle, de régulation et de surveillance, ils peuvent influencer sur l'attitude et le comportement sexuel des adolescents. Par ailleurs, la structure familiale, les événements survenus dans cette structure peuvent également avoir des impacts sur la vie amoureuse et sexuelle à l'adolescence (Longmore, Manning et Giordano, 2001). Ces auteurs n'ont pas clairement nommé les événements survenus au sein de la famille susceptibles d'intervenir positivement ou négativement sur la vie amoureuse et sexuelle des jeunes. Cependant, on peut supposer que certains événements comme par exemple l'infection au VIH d'un ou des deux parents, le décès d'un ou des deux parents et la reconstitution familiale pourraient intervenir négativement sur la vie amoureuse des adolescents. D'ailleurs, Hortence (2004) a observé des effets négatifs sur le développement et l'identité des adolescents ivoiriens vivant dans une famille reconstituée à cause du décès d'un parent suite à l'infection au VIH.

Au début de l'adolescence, presque la moitié des jeunes âgés de 13 à 14 ans rapportent avoir déjà expérimenté des sorties amoureuses. Arrivés à l'âge de 15 à 16 ans, la majorité des adolescents affirment avoir un partenaire amoureux et ont déjà eu leur premier rapport sexuel (Bouchey et Furman, 2003 ; Shulman et Scharf, 2000 ; Longmore, Manning et Giordano,

2001). Initialement, les activités sexuelles parmi les adolescents se font de manière sporadique et relativement rare dans leurs formes intimes jusque vers le milieu et la fin de l'adolescence (King et Harris, 2007). Selon Weinstein et Rosen (1991), entreprendre des rapports sexuels avec une personne signifie que l'une est en intimité avec l'autre.

Plusieurs études se sont intéressées aux relations amoureuses à l'adolescence. Certaines portent l'accent sur un aspect particulier du développement amoureux, notamment l'initiation aux relations amoureuses (Bouchey et Furman, 2003 ; Connolly, Craig, Golberg et Pepler, 2004 ; King et Harris, 2007; Longmore, Manning et Giordano, 2001 ; Shulman et Kipnis, 2001 ; Shulman et Scharf, 2000). Certaines de ces études ont révélé une différence en ce qui a trait à l'âge et au sexe des adolescents pour ce qui est des sorties amoureuses. Shulman et Scharf (2000) ont étudié une population d'adolescents et ont trouvé que le groupe des 19 ans ont rapporté une fréquence plus élevée de sorties amoureuses que celui des 14 ans. Les filles de tous les groupes d'âge se sont engagées dans une relation de plus longue durée et ont rapporté un lien affectif plus fort avec leur partenaire. Tel que rapporté dans l'étude précédente, les adolescents commencent leurs premières sorties amoureuses vers 14 ans, puis ont des rapports sexuels plus fréquents entre 16 et 17 ans. D'un autre côté, Shulman et Kipnis (2001) dans une étude rétrospective menée auprès de 40 jeunes adultes ont trouvé que les relations amoureuses à l'adolescence sont caractérisées essentiellement par de l'attirance physique.

2.3 Connaissances, attitudes et comportements des adolescents haïtiens face au VIH

Une enquête menée en Haïti par Adrien *et al.* (1991) sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population générale en ce qui a trait au VIH (1136 hommes; 1051 femmes, de 15 à 49 ans) ont révélé que la quasi-totalité a déjà entendu parler du SIDA. Puisque cette enquête ne s'adressait pas uniquement aux adolescents, il n'est pas possible de déterminer avec exactitude leur niveau de connaissances. En 2001, une enquête similaire est parvenue à la même conclusion que la précédente (Hempstone *et al.* 2004). Cependant, dans les deux enquêtes, malgré leurs connaissances sur l'existence du VIH, certains participants ne pouvaient pas citer les modes de prévention de l'infection, ce qui ne favorise pas l'adoption des comportements préventifs.

Une autre étude plus récente (Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des services, EMMUS) présentant la population par groupe d'âge a révélé que les personnes âgées de 15 à 24 ans sont en grande majorité informées sur la pandémie du VIH. Cependant, par rapport aux moyens de prévention, une faible proportion de filles connaît l'usage du condom comme moyen de se protéger contre une infection sexuellement transmissible. Les enquêtes menées dans EMMUS-IV ont rapporté sur le plan des activités sexuelles des adolescents âgés de 15 à 19 ans qu'une plus faible proportion de filles a initié le premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. Pour ce qui est du nombre des partenaires sexuels et des rapports sexuels à haut risque au cours des douze derniers mois, les garçons ont connu beaucoup plus de partenaires que les filles, alors qu'une faible proportion de garçons aussi bien que de filles ont fait usage du condom lors de ces rapports (Cayemittes *et al.*, 2007).

Holschneider et Alexander ont mené une étude quantitative en Haïti dont le but était d'identifier sur les déterminants psychosociaux des pratiques sexuelles préventives au VIH auprès d'un groupe d'adolescents sexuellement actifs, afin d'élaborer un programme de prévention plus efficace contre le VIH/SIDA en faveur de ces jeunes. Deux théories constituent la base de cette étude, il s'agit du modèle des croyances relatives à la santé et de la théorie sociale cognitive. Des adolescents haïtiens âgés de 15 à 19 ans et recrutés en milieu scolaire (n=845) ont complété un questionnaire auto-administré. Les déterminants identifiés sont les barrières perçues à l'utilisation du condom, la capacité personnelle d'entreprendre des actions préventives contre le VIH (constance dans l'utilisation du condom), les normes des pairs à l'égard des actions préventives, la vulnérabilité perçue à l'égard du VIH et les normes de genre au sujet du condom et du comportement sexuel. Ils ont aussi identifié des barrières environnementales et physiques perçues à utiliser le condom (la perception que le condom diminue le plaisir, qu'il puisse provoquer des problèmes vaginaux, qu'il soit inaccessible et trop coûteux); des barrières interpersonnelles (l'embarras lié aux condoms); des barrières sociales (doute quant au statut VIH et aux infections transmissibles sexuellement (IST), la sexualité illicite, un manque de confiance et d'intimité).

Cette étude a rapporté que la plupart des adolescents âgés de 15 à 19 ans interrogés étaient sexuellement actifs, et qu'une forte proportion s'était engagée dans des comportements sexuels à risque. Ces jeunes ont eu leurs premiers rapports sexuels avec pénétration en

moyenne vers l'âge de treize (13) ans. En plus, le multipartenariat (union non maritale consistant à avoir deux partenaires sexuels ou plus dans une même période de temps) a constitué une norme comportementale chez presque la moitié du groupe étudié, tandis qu'une faible proportion a rapporté avoir utilisé le préservatif sur une base régulière.

Les études menées en Haïti tant par Adrien *et al.* (1991) que celles menées par Holschneider *et al.* (2003) ont révélé une différence significative dans les connaissances, attitudes et pratiques selon le sexe. Les filles avaient de meilleures connaissances du VIH, auraient une attitude plus favorable à l'égard des normes traditionnelles (le garçon seul a le droit de décider d'utiliser ou non le préservatif; avoir plusieurs partenaires sexuels est une preuve de virilité; il est important pour une fille de rester vierge jusqu'au mariage; une fille qui a eu des rapports sexuels avec plusieurs garçons est une fille facile) et tendance à avoir des comportements sexuels plus responsables que les garçons.

2.4 Les adolescents infectés au VIH depuis la naissance en Haïti et ailleurs

Les informations sur le vécu des adolescents haïtiens infectés au VIH sont quasiment inexistantes. Cependant, compte tenu du contexte socioculturel et de la période du développement psychosexuel dans lesquels ils se situent, il est possible de présumer que ces jeunes infectés suivent une trajectoire sexuelle en partie semblable à celle de la population adolescente générale. Cependant, certains facteurs liés au statut sérologique peuvent rendre le vécu des adolescents infectés plus complexes et particuliers que celui des jeunes non infectés. C'est pour cette raison qu'il est légitime de recenser les rares études s'étant intéressées au quotidien des adolescents infectés par le VIH à l'échelle internationale.

2.4.1 Le vécu des adolescents vivant avec le VIH en France et au Canada

L'annonce du statut sérologique est un moment crucial dans la vie d'un enfant infecté par le VIH. Dans la majorité des cas, l'annonce du statut sérologique se fait autour de dix et onze ans (Fernet, *et al.* 2007; Trocmé, *et al.* 2002). Les résultats des études menées tant au Québec qu'en France ont révélé que certains enfants ont appris leur séropositivité par hasard ou par curiosité en lisant la posologie des médicaments ou en regardant une émission télévisée. D'autres l'ont appris par des professionnels de la santé, par leurs parents ou par d'autres

membres de la famille (Fernet, *et al.* 2007; Hefez, 2002; Trocmé, *et al.* 2002). Les parents d'adolescents infectés au VIH par transmission verticale, ont souvent plus de difficulté que les parents d'adolescents infectés d'une autre façon à leur annoncer leur statut infectieux, par honte, par crainte d'être rejetés par l'enfant ou par des sentiments de culpabilité (Coslin, 2003; Fernet, *et al.* 2007). En ce sens, Champion *et al.* (1999) ont affirmé que : « L'espace du secret est le territoire propre du détenteur, mais également du destinataire, le lieu où se déroulent leurs histoires intimes », la détentrice étant la mère, le premier destinataire étant l'enfant infecté depuis la naissance, et le pédiatre, le premier dépositaire.

Parmi les éléments qui dérangent les jeunes par rapport à leur expérience avec le VIH, le poids du secret est sans nul doute le plus important (Dollfus, *et al.* 2006; Fernet *et al.* 2007; Trocmé, *et al.* 2002;). Ce secret est entretenu par la famille qui presse le jeune à ne pas communiquer son statut à un tiers. Ceci est d'autant plus difficile pour lui qu'il se trouve en situation de ne pas pouvoir partager cette réalité émouvante avec une personne faisant partie de la famille, voire avec un ami intime. Le secret imposé par la famille vise donc la protection de l'enfant et de la famille. Cet état de fait l'amène à vivre de plus en plus un isolement qu'il supporte difficilement. Cette attitude de la famille est liée le plus souvent à la peur de la stigmatisation et du rejet qui l'accompagnerait. Dans un tel contexte, l'adolescent tend à développer un sentiment de honte, lequel influencerait fortement son évolution identitaire et sa capacité d'intégration sociale (Champion *et al.* 1999; Dollfus *et al.* 2006; Trocmé *et al.* 2002).

Dans le même sens, une étude a été menée en France par Champion *et al.* (1999) sur le secret chez des enfants infectés au VIH par la transmission verticale. Cette étude qualitative avait pour but d'explorer sur l'organisation et la dynamique du secret entourant ce groupe d'enfants. Les participants à l'étude âgés de 3 mois à 12 ans sont d'origines africaine, européenne, et maghrébine, et provenaient de dix familles. La méthodologie utilisée comportait des entretiens semi-directifs, menés séparément avec les parents et avec les enfants. Les chercheurs ont fait usage également d'autres outils en fonction du niveau d'âge de l'enfant tel le jeu (famille Duplo), pour les enfants de la tranche d'âge de 1 an et demi à 4 ans. Pour ceux plus âgés, ils devaient faire un dessin libre et quatre dessins portant sur des sujets obligatoires, puis, répondre à un questionnaire contenant quatre questions relatives à

leur vécu avec la maladie et l'hôpital. Les bébés de leur côté ont été évalués par rapport à leur interaction avec la mère.

Les résultats indiquent qu'au niveau des familles, il existe une organisation de base similaire de la chaîne du secret. La mère étant détentrice du secret oblige le pédiatre de ne divulguer à personne l'information relative au statut sérologique de son enfant. Par contre, la période de l'adolescence est vue comme une étape cruciale pour le dévoilement de la réalité par les parents biologiques. Ces derniers confèrent au secret une valeur protectrice : une protection contre les moqueries et le rejet du groupe d'amis, voire contre la famille elle-même. Par ce secret, les parents visent également la protection de la famille et de l'enfant par rapport à la société. Face à cet état de fait, deux attitudes sont identifiées chez les destinataires (les enfants infectés) du secret. La première consiste à ne rien partager avec personne au sujet du statut infectieux. La deuxième consiste pour l'adolescent à être vigilant aux attitudes et au comportement de son entourage.

En ce qui concerne les comportements à risque et la sexualité, bon nombre de chercheurs s'accordent pour identifier l'adolescence comme une période où les conduites à risque sont plus élevées qu'à n'importe quelle autre période de la vie (Coslin, 2003; Dollfus *et al.* 2006). Les études portant sur la sexualité des adolescents séropositifs sont rares, encore plus celles portant sur les adolescents vivant avec le VIH depuis la naissance (Fernet *et al.* 2007; Hortence, 2004). Pour Dollfus *et al.* (2006), « les prises de risque ne se résument pas à la non-prise des médicaments ». Dans une étude menée sur une population constituée d'adolescents infectés (n=29), Trocmé *et al.* (2002) constatent que plusieurs d'entre eux n'avaient pas utilisé un préservatif lors des relations sexuelles. Dans une étude menée au Québec par Fernet *et al.* (2007) sur 29 adolescents et adolescentes âgés de 10 à 18 ans, une faible quantité était sexuellement active et ceux qui l'étaient rapportent avoir utilisé de façon constante un préservatif. Cette étude a également abordé les relations amoureuses et les projets de parentalité à l'adolescence. La population à l'étude a révélé peu d'intérêt pour les liens d'ordre amoureux. Par contre, elle se questionnait sur la possibilité de fonder une famille et de procréer.

2.4.2 L'expérience des adolescents vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire

Dans le cadre d'un projet de l'Agence nationale de recherche sur le sida, Hortence (2004) a mené une étude qualitative à Abidjan, Côte d'Ivoire, sur le développement psychosocial des adolescents infectés au VIH. Cette étude a eu lieu dans le cadre des services fournis en consultations psychologiques aux parents infectés au VIH et à leurs enfants. Ainsi, les participants à l'étude incluent des adolescents des deux sexes, dont 11 filles et 8 garçons âgés de 13 à 17 ans. Sur les dix-neuf participants, seize ont contracté le VIH par transmission verticale, deux par transmission sanguine et un par violence sexuelle. Douze adolescents étaient au courant de leur statut et ceux-ci ont pu participer mensuellement à des sessions de groupes avec des psychologues afin de parler librement des sujets de leur choix. En plus, ces sessions permettaient de partager leur anxiété par rapport à l'infection et au traitement, de discuter plus largement de l'expérience adolescente. Les sujets incluaient également les relations parent-enfant, l'impact du traitement sur leur vie, la gestion du secret et le développement de leur corps.

L'analyse des résultats révèle que ces adolescents sont nés et grandissent dans un environnement émotionnel précaire. Leurs familles sont totalement reconstituées à cause de la mort d'un parent ou des deux. Cette situation a d'énormes effets sur leur développement et leur identité. Certains de ces adolescents se sont sentis écrasés par leurs expériences avec le VIH. Par ailleurs, la surprotection des substituts parentaux infantilise certains adolescents alors que d'autres deviennent plus autonomes que jamais. En outre, leur développement psychosexuel se forme dans un contexte de grande complexité.

D'un autre point de vue, la relation père-enfant et la relation mère-enfant revêtent toutes deux une importance symbolique. Pour les jeunes filles à l'étude, leur père symbolise l'histoire de la famille. La perception de ces filles vis-a-vis de leur père influence leurs attitudes par rapport à leur mère, ce qui influe donc sur la nature des relations qu'elles entretiennent avec leur mère. De même, si ces filles ont une perception ambiguë et peu confiante par rapport à leur père, cela les porterait à être désintéressées à se lier facilement dans une relation avec un homme. En ce qui concerne les garçons infectés par la transmission verticale, leurs relations avec leur mère sont très conflictuelles. Le sexe est perçu par ces garçons comme étant une affaire dangereuse. Par leur maladie, ils se sentent punis à cause du comportement sexuel de

leur mère. En conséquence, ils se voient condamnés sans avoir commis de crime. Dans ce contexte, le décès du père amplifie la situation. Dans la pratique, les relations avec la mère vacillent entre une possessivité et une opposition agressive, d'où une ambivalence constante à tous les niveaux.

En résumé, la recension des écrits sur la réalité des adolescents vivant avec le VIH, particulièrement ceux infectés par la transmission verticale, met en relief la pauvreté des connaissances dans ce domaine. Elle situe l'adolescence comme une période de vulnérabilité en ce qui a trait aux comportements à risque et à la sexualité. Face à ce constat, la compréhension du développement de l'intimité à l'adolescence à la lumière d'ancrages théoriques éprouvés se révèle d'une grande importance.

2.5 Approche théorique privilégiée

Cette section présente le développement de l'intimité à la lumière de la théorie de Furman et Wehner (1997) et celle de Brown (1999). Cette dernière constitue le principal ancrage théorique qui guidera cette recherche.

Selon la théorie du développement romantique avancée par Furman et Wehner (1997), les relations romantiques intègrent l'attachement, l'affiliation, la protection et des systèmes comportementaux de reproduction sexuelle. Il est peu probable qu'émerge un attachement mature aux partenaires romantiques au début de l'adolescence, du fait que les rapports romantiques sont occasionnels et de courte durée. Les partenaires romantiques au début de l'adolescence sont principalement des compagnons et des amis. Ultérieurement, on s'attend à ce qu'un partenaire soit interpellé en période de détresse afin de fournir un appui, du confort et de la protection. Quand les désirs sexuels commencent à émerger, l'individu se tourne aussi bien vers un partenaire pour satisfaire ses désirs. En satisfaisant ces différents besoins, le partenaire romantique devient une figure importante vers la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte. Au cours du développement des rapports, le partenaire romantique occupe graduellement une position privilégiée dans la hiérarchie sociale de l'adolescent, remplaçant ainsi les parents et les pairs.

Furman et Wehner (1997) ont formulé l'hypothèse selon laquelle les amis seraient des partenaires potentiels d'amour adolescents, alors que les relations parentales deviendraient plus importantes au début de l'âge adulte.

Pour sa part, sous l'angle développemental contextuel, Brown (1999) a avancé que le développement des rapports romantiques à l'adolescence suit essentiellement une séquence en quatre phases. La première phase, la phase d'initiation, symbolise un moment décisif dans les activités sociales à l'adolescence. Pendant cette phase, le jeune adolescent hétérosexuel a besoin de se réorienter et de se familiariser avec le sexe opposé. Les objectifs de base de cette première phase sont d'élargir son concept de soi et de prendre confiance en ses capacités à se joindre à des partenaires potentiels de manière romantique. Ainsi, le point focal est l'individu «*le self*», non, la relation romantique. Les sorties romantiques se produisent dans le contexte d'une assistance des pairs du même sexe.

Durant la seconde phase, la phase de statut, les adolescents sont confrontés à la pression d'être acceptés comme des individus distincts dans une relation romantique. Les mauvaises fréquentations pourraient sérieusement affecter la réputation des adolescents dans leur groupe. Ainsi, des relations romantiques peuvent être utilisées pour obtenir ou accroître l'acceptation des pairs et, en tant que tel, entraverait l'établissement d'un rapport romantique mutuellement enrichissant.

La troisième phase, la phase d'affection, est caractérisée par un changement du point focal et du contexte dans lequel le rapport existe vers le rapport romantique lui-même. La romance devient une affaire personnelle et relationnelle; en même temps, l'influence du groupe des pairs s'affaiblit. Les partenaires dans des rapports affectueux génèrent de profonds sentiments d'engagement à leur relation, expriment un niveau de protection élevé l'un vis-à-vis de l'autre et s'engagent typiquement dans une activité sexuelle plus étendue. Le réseau de pairs dans cette phase est réduit d'un groupe nombreux de pairs du même sexe à un cercle plus restreint d'amis des deux sexes. Ces derniers peuvent, par exemple, offrir des conseils à l'adolescent sur comment débiter une relation et lui fournir du soutien émotionnel après une rupture.

Enfin, durant la quatrième phase du développement romantique, la phase de liaison, les individus s'attendent à ce que se maintienne la profondeur des relations typiques de la phase d'affection, et adoptent cependant une perspective plus pragmatique. Les questions centrales de cette phase concernent les possibilités de rester ensemble avec le partenaire romantique pour la vie. Alors que les partenaires romantiques se considèrent comme étant inséparables en tant que couple, ils demeurent des personnalités distinctes. En tant que telles, les questions relatives à l'identité peuvent resurgir.

Brown (1999) n'a pas énoncé de niveaux d'âge spécifique pour chaque phase. Il a également soutenu qu'un certain chevauchement pourrait exister entre les différentes phases. Cependant, sur la base des travaux cités, il semble que la phase d'initiation apparaît typiquement au début de l'adolescence autour de 11 à 13 ans. La phase de statut se présente au milieu, entre 14 et 16 ans, et la phase d'affection entre 17 et 20 ans. Finalement, la phase de liaison se présente chez le jeune adulte, c'est-à-dire autour de 21 ans.

En définitive, ces théories faciliteront l'atteinte de l'objectif de l'étude en fournissant des ancrages à la compréhension du développement séquentiel de l'intimité à travers différentes tranches d'âge. Ainsi les principales questions de recherche formulées par l'étude sont les suivantes :

1. Comment les adolescents haïtiens infectés au VIH par transmission verticale vivent-ils leur relation intime au sein de la famille ?
2. Comment ces adolescents vivent-ils les relations intimes avec leurs pairs ?
 - a) Quelle place occupe le secret dans les relations d'intimité avec leurs pairs.
 - b) Quel rôle attribuent-ils aux pairs ?
3. Comment ces adolescents vivent-ils leur relation avec un partenaire amoureux ?
 - a) De quelle manière entament-ils une relation d'intimité avec un partenaire amoureux ?
 - b) Comment maintiennent-ils une relation d'intimité avec un partenaire amoureux.
4. Quelles sont les significations que ces adolescents accordent à ces relations intimes ? Comment ces trois volets de relation influencent-ils le développement de l'intimité de ce groupe particulier.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Ce troisième chapitre aborde de façon détaillée la méthodologie mise en place en termes de stratégies de recherche, de population à l'étude, de même que de recrutement et d'échantillonnage. Par la suite, la méthode de cueillette des données, son déroulement de même que les considérations éthiques ayant guidé l'étude sont décrits. Puis, après l'analyse et l'interprétation des résultats, les procédures mises en place pour assurer la scientificité de l'étude sont présentées.

3.1 Stratégie de recherche

Tenant compte des questions de recherche du présent mémoire, une méthodologie qualitative est privilégiée. Cette méthodologie semble particulièrement adaptée, du fait d'une part, des connaissances scientifiques limitées dans ce domaine et d'autre part, du caractère exploratoire de cette recherche. La méthodologie qualitative semble être plus appropriée du fait qu'elle donne la possibilité d'étudier en profondeur un phénomène en fonction du point de vue des acteurs et qu'elle place les gens au cœur de sa démarche. En outre, par l'utilisation de la méthode d'entrevue qu'elle facilite, la méthodologie qualitative permet de mieux saisir la signification que les acteurs accordent à leur réalité. Une telle méthodologie permettra de proposer des pistes d'intervention adaptée à la réalité de la population à l'étude.

3.2 Population à l'étude

La présente étude cible les adolescents haïtiens âgés de 15 et 20 ans, infectés par transmission verticale et suivis entre mai et août 2008 aux Centres GHESKIO (groupe haïtien d'études de sarcome de Kaposi et des infections opportunistes). Ces jeunes sont suivis pour la plupart depuis leur naissance à la clinique pédiatrique jusqu'à l'âge de neuf ans. Ensuite, ils sont

transférés à la clinique pour adolescents à la fin de l'âge de dix ans. Cette clinique reçoit les jeunes jusqu'à l'âge de 24 ans, puis les transfère ensuite à la clinique pour adultes. Les services offerts par cette clinique sont le dépistage pour le VIH/IST et la tuberculose; la prise en charge thérapeutique des infectés et des groupes de soutien aux adolescents infectés par le VIH. En mai 2008, un total de 147 adolescents âgés de 10 à 24 ans et infectés au VIH par transmission verticale étaient suivis à la clinique pour adolescents. Aux Centres GHESKIO, les adolescents sont vus à la clinique sur une base mensuelle par un médecin et par un travailleur social. Dans le cas où ils participent à un groupe de soutien, ils visitent au moins une fois par semaine l'institution. Cette institution a développé au fil des ans (depuis 1982), une expertise enviable en matière de prise en charge des personnes infectées aux VIH/IST, de la tuberculose, également dans la recherche et la formation. Elle a progressivement développé un lien de confiance avec ses clients, lequel lui a permis d'assurer leur participation optimale à ses divers projets de recherche.

3.3 Stratégies de recrutement et de l'échantillonnage

Pour pouvoir participer à la présente étude, les jeunes devaient avoir été infectés par le VIH par transmission verticale et connaître leur diagnostic depuis au moins six mois environ afin d'assurer une relative compréhension de leur état de santé. De plus, ils devaient être en mesure de participer à une entrevue, c'est-à-dire ne souffrir d'aucun handicap physique ou mental pouvant compromettre la validité d'une entrevue. Tous les adolescents infectés depuis la naissance suivis au centre entre mai et août 2008 correspondant à ces critères étaient sollicités à prendre part à l'étude.

Dans le contexte de la présente étude, le processus de recrutement s'est fait en deux étapes. À la première étape, la sensibilisation a été effectuée auprès des médecins, des travailleurs sociaux et des infirmières. Ces derniers ont été informés de l'étude par le chercheur principal lors de la réunion du personnel qui se tient habituellement les lundis. Ils ont ensuite été invités à entamer le processus de sensibilisation auprès de leurs patients. Les activités de sensibilisation consistaient à fournir des informations relatives à l'étude en cours aux adolescents et à leurs parents ou aux substituts parentaux. Ils étaient invités à référer les jeunes qui présentaient un intérêt au chercheur principal qui se trouvait sur place durant la

période de recrutement. Ces activités de sensibilisation se sont déroulées chaque jour du lundi au vendredi entre mai et août 2008. À la deuxième étape, l'étude était alors présentée au moment où les jeunes et leurs parents étaient en présence du chercheur principal, compte tenu de leur intérêt à participer (objectifs de l'étude, importance de leur participation, procédures de cueillette des données, durée et déroulement de l'entrevue, considérations éthiques). Ils étaient ensuite invités à y participer sur une base volontaire, sans qu'aucune pression ne soit exercée sur eux. S'ils acceptaient de participer à l'étude, ils signaient le formulaire de consentement (Voir le formulaire de consentement et la fiche signalétique en annexe) et un rendez-vous individuel était alors fixé.

Au total, 35 adolescents qui correspondaient aux critères d'éligibilité ont été identifiés par l'infirmière en chef de la clinique et sollicités pour participer à cette étude. Parmi les 35 adolescents identifiés, quatre garçons et deux filles n'ont pas participé. Deux de ces jeunes ont été exclus (un parce qu'il semblait présenter un retard du développement et un autre qui était en déni par rapport à son statut sérologique). Les quatre autres ne pouvaient pas participer parce qu'ils dépendaient de leurs parents pour se déplacer.

Compte tenu de nos questions de recherche, un échantillonnage théorique a été privilégié. Nous avons tenté dans la mesure du possible de nous assurer la participation des adolescents des deux sexes, se situant à divers stades au plan du développement psychosexuel (âgé entre 15 et 20 ans ; actif sexuellement actif ou non) et présentant un profil varié sur le plan de la médication (sous antirétroviral ou non). L'échantillon final est constitué de 29 adolescents (14 garçons et 15 filles, 17 âgés entre 15 et 17 ans (dont 7 garçons et 10 filles) et 12 âgés entre 18 et 20 ans (dont 7 garçons et 5 filles). Parmi eux, 10 se disaient actifs sexuellement (6 garçons et 4 filles) alors que 19 ne rapportaient aucune expérience sexuelle (8 garçons et 11 filles). Au plan de la médication, 25 étaient sous traitement au moment de l'étude (12 garçons et 13 filles) alors que 4 ne mentionnaient aucun traitement (2 filles et 2 garçons) (tableau 3.1).

Tableau 3.1
Caractéristiques des participants à l'étude

Caractéristiques	Garçons (n= 14)	Filles (n=15)	Total (n=29)
Âge			
• 15 – 17	7	10	17
• 18 – 20	7	5	12
Niveau de scolarité			
• ≤ primaire	8	7	15
• ≥ secondaire	6	7	13
Situation familiale			
• Famille d'origine	2	7	9
• Nouvelle famille	8	8	16
• Famille reconstituée	1	1	2
• Famille élargie	1	1	2
Religion			
• Catholique	12	15	27
• Protestante	0	2	2
Traitement ARV			
• Non	2	2	4
• Oui	12	13	25
Expériences sexuelles			
• Non	8	11	19
• Oui	6	4	10

L'échantillon comporte donc 7 garçons et 10 filles âgés de 15 à 17 ans, aussi que 7 garçons et 5 filles âgés de 18 à 20 ans. Au niveau scolaire, 8 garçons et 7 filles étaient au primaire alors que 6 garçons et 7 filles étaient au secondaire. En ce qui a trait à leur situation familiale, 2 garçons et 7 filles vivaient au sein d'une famille d'origine; 8 garçons et 8 filles vivaient dans

une nouvelle famille, un garçon et une fille en famille reconstituée et un garçon et une fille dans une famille élargie. Pour ce qui est de leur appartenance religieuse, 12 garçons et 15 filles appartenaient à la religion catholique et 2 filles à la religion protestante. Par rapport au traitement antirétroviral, 2 garçons et 2 filles étaient sans traitement tandis que 12 garçons et 13 filles étaient en traitement. Pour ce qui est des activités sexuelles, 8 garçons et 11 filles n'ont eu aucune expérience sexuelle. Par contre, 6 garçons et 4 filles étaient actifs sexuellement.

3.4 Déroutement de la collecte des données

L'entrevue individuelle semi-dirigée est la méthode de collecte de données privilégiée. Cette méthode a déjà fait ses preuves dans d'autres études portant sur la maladie chronique et le VIH, par exemple, au cours desquelles des thèmes aussi délicats comme la sexualité ou la mort sont abordés (Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires, 1997).

L'entrevue abordait les dimensions suivantes : le fait de vivre comme personne atteinte du VIH; l'état de santé et les traitements; les relations avec la famille; les relations avec les pairs; les relations amoureuses; la vie sexuelle et les projets d'avenir (voir appendice A, le schéma d'entrevue). Le schéma d'entrevue ayant soutenu la collecte est une adaptation d'un schéma élaboré par Fernet, *et al.* (2008) développé au Québec auprès d'une population de préadolescents et d'adolescents vivant avec le VIH depuis la naissance ayant des caractéristiques similaires. L'ordre et la formulation des questions ont été ajustés pour assurer une meilleure correspondance au contexte socioculturel dans lequel prend place la présente étude.

Les entrevues d'une durée moyenne de 60 minutes ont été réalisées en créole. Elles avaient lieu à raison de deux jours par semaine (mardi et jeudi), à la clinique pour adolescents dans une des salles destinées au counseling pré et post-test. Les entrevues ont été enregistrées sur support audio avec l'accord des participants et de leurs parents pour les mineurs. Une entente a été établie avec les participants selon laquelle ils pourraient être sollicités après l'entrevue si certaines clarifications s'avéraient nécessaires. À la fin de l'entrevue, le chercheur remerciait le participant pour sa collaboration et lui remettait une somme de cent gourdes allouées pour les frais de transport. Un rapport a été rédigé pour chaque entretien, décrivant

l'ambiance générale de l'entrevue. Par la suite, l'entretien était transcrit intégralement sous forme verbatim en créole et ensuite traduit en français aux fins du mémoire.

3.5 Considérations éthiques

Précisons d'abord que deux comités d'éthique ont approuvé la recherche avant sa réalisation : le comité d'éthique du département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal et celui des Centres GHESKIO. Des dispositions ont été prises en vue d'assurer un consentement libre et éclairé des participants à l'étude. Les participants ont été sollicités sur une base volontaire sans qu'aucune pression ne soit exercée, et ils étaient libres de mettre fin à leur participation à n'importe quel moment de l'étude, sans que ce retrait n'affecte les services reçus au sein de l'institution. Puis, avant la signature du formulaire de consentement, le chercheur a répondu à toutes les questions du sujet afin de s'assurer de son consentement éclairé. Des mesures ont été aussi mises en place pour assurer l'anonymat des participants. Pour ce faire, le système d'identification unique des patients adopté par les Centres GHESKIO qui consiste en l'attribution d'un numéro personnel, a été utilisé pour assurer l'anonymat des participants lors du recrutement et tout au long du processus de l'étude. L'enregistrement des entrevues a été réalisé avec l'accord des participants. Ces derniers ont été informés de l'aspect confidentiel de l'enregistrement; les noms cités ont été remplacés afin de préserver l'anonymat des participants et de leurs proches. Finalement, en cas de besoin, les participants pouvaient bénéficier d'une prise en charge psychosociale déjà disponible sur place. Par contre, cette mesure n'a pas été nécessaire.

3.6 Analyse et interprétation des résultats

Le présent mémoire trouve son ancrage théorique dans le modèle du développement de l'intimité de Furman et Wehner (1997) et celui de Brown (1999). Ce modèle s'est révélé utile dans l'identification des phases du processus de l'intimité à l'adolescence et dans la structuration de l'analyse et de l'interprétation des résultats.

Les informations recueillies sur le terrain ont été analysées selon une démarche d'analyse formulée par Van Der Marsen (2004). Cette démarche consiste au codage des informations recueillies, à l'examen et au traitement des données collectées.

La première étape dans la démarche de Marsen commence par la transcription des entrevues, laquelle devra être au départ lue et relue par le chercheur. Van Der Marsen insiste sur l'importance de cette étape au cours de laquelle on cherche à saisir le sens des informations permettant ainsi de comprendre l'agencement des différents éléments du discours. Les « unités de sens » des extraits sont dégagées à la suite d'une première codification du texte. Il consiste donc à ce point à identifier et à nommer les propos formulés, de qualifier l'ensemble des témoignages. Compte tenu de la nouveauté du matériel, l'utilisation du codage mixte a été priorisée (Van Der Marsen, 2004). Dans ce mode de codage, la liste préalablement constituée peut-être transformée, complétée ou même réduite au cours de l'analyse à partir du cadre conceptuel et des données tirées dans les textes scientifiques.

L'examen des données constitue une autre étape dans la démarche de Marsen. À cette étape, les dimensions les plus importantes de l'objet à l'étude sont nommées et l'analyse continue à un degré conceptuel qui permet de qualifier les extraits du discours, le processus et la dynamique sociale impliquée en examinant et en regroupant les données contenues dans une première codification. Au cours de cette étape, des mémos d'analyse sont écrits afin de faciliter le regroupement entre les informations collectées et les points théoriques émergents.

Une méthode par phrase ou par paragraphe a été priorisée en vue de coder les informations collectées. L'utilisation de la technique du codage ouvert nous a permis d'identifier l'idée maîtresse qui se dégage d'un extrait du discours qu'il s'agisse d'une phrase ou d'un paragraphe. Ainsi donc, grâce à cette technique, il est possible qu'une unité de sens apparaisse dans des catégories différentes et qu'à cette étape, les données soient non mutuellement exclusives. En outre, une grille de codification a donc été élaborée en vue de présenter les thèmes et les sous-thèmes identifiés. D'ailleurs, l'appendice D présente cette grille de codification. Le recours au logiciel Atlas-ti version 5.0 (PC) a facilité la codification des extraits de l'entrevue.

Le traitement des données constitue la dernière étape dans la démarche de Marsen. Elle consiste à établir des liens entre les thèmes identifiés lors de l'étape d'examen sous des catégories conceptuelles variées. Les thèmes identifiés séparément lors de la précédente étape ont été regroupés afin de pouvoir dégager la nature des liens d'intimité au sein de la famille, avec les pairs, et avec les partenaires amoureux, en rapport avec l'infection au VIH. Étant

donné l'importance du type de famille qui s'est dégagée en cours d'analyse, nous avons tenté de nuancer en préparant une typologie de familles. En outre, à l'aide de la théorie sur le développement de l'intimité, nous avons pu clarifier le sens d'une catégorie d'un volet à l'autre dans l'analyse des résultats. À cette étape, le recours à la schématisation nous a permis d'établir des liens entre les catégories conceptuelles. Ainsi, les données collectées ont été mises sous forme de tableau afin d'illustrer les relations probables développées entre les catégories conceptuelles (Fernet, 2005).

3.7 Procédures pour assurer la scientificité

Des dispositions ont été prises pour assurer la scientificité de la présente étude. En effet, la scientificité d'une étude selon l'approche positiviste est assurée par certains critères que le chercheur doit scrupuleusement respecter, telles la validité interne, la validité externe, la fidélité et l'objectivité (Contandriopoulos, 2005; Côté, 2006).

La méthodologie qualitative pour sa part s'est dotée de critères similaires; il s'agit de la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la validation (Lincoln et Guba, 1985). Dans le cadre de la présente étude, la crédibilité (validité interne) qui consiste à faire preuve de la justesse des liens établis par l'investigateur entre les données au moment de l'interprétation, a été défendue par la tenue d'une chronique couvrant la succession des étapes depuis la collecte des données, y compris les modifications apportées au cadre conceptuel, jusqu'à l'interprétation. Cette dernière permet de vérifier la fidélité de la codification, la constance dans l'application des règles d'analyse, de traitement et d'interprétation. La transférabilité (validité externe) qui consiste à démontrer dans quelle mesure les conclusions pourraient s'appliquer à des contextes semblables, a été assurée par la description de l'échantillonnage et de la diversification des cas. Elle a été renforcée par la présentation méthodologique appliquée et les procédures d'analyse privilégiées. La fiabilité (fidélité) se rapporte au discernement du chercheur face à ses jugements et de sa capacité à les reconnaître comme un élément pouvant influencer sur ses analyses et interprétations. Dans le cadre de cette recherche, elle a été assurée par les directrices de recherche. Finalement, la validation, dont le but est d'établir une correspondance entre différentes sources et diverses interprétations, n'a pas pu être appliquée dans le contexte de la présente étude.

CHAPITRE IV

ANALYSE DES RÉSULTATS

Ce quatrième chapitre fait état de l'analyse des résultats sous l'angle du développement de l'intimité au sein de la famille, dans les relations aux pairs et enfin, dans les relations aux partenaires amoureux et sexuels. Le développement de l'intimité s'articule autour de trois grandes catégories conceptuelles qui s'énoncent comme suit : 1) L'intimité : avant tout une question de sécurité, de protection et de partage au sein de la famille : 2) L'intimité avec les pairs : avant tout de l'amitié profonde, du partage des ressources et une affaire personnelle relevant du domaine privé en ce qui concerne l'infection au VIH et : 3) L'impossible intimité : au pire le rejet et exceptionnellement le partage. Chacune d'entre elles seront illustrées à la lumière des propos significatifs des participants.

4.1 Le développement de l'intimité au sein de la famille

Contrairement à certaines sociétés où les jeunes vivant des événements traumatiques sont pris en charge par des structures étatiques, les adolescents haïtiens frappés par une situation catastrophique, comme par exemple le décès accidentel des deux parents, doivent compter sur la bonne volonté de la famille paternelle ou maternelle, sur des contacts proches des parents, telle une marraine ou un parrain, ou tout simplement sur des amis afin d'assurer leur survie. Dans le cas contraire, ils seraient laissés à eux-mêmes et seraient susceptibles de devenir enfants des rues. Dans un tel contexte, les adolescents infectés au VIH depuis la naissance qui deviennent orphelins vivent soit avec un beau-père ou une belle-mère, soit avec une tante et son conjoint, en plus des demi-sœurs ou des demi-frères, des cousins et des cousines, qui dans la majorité des cas, partagent le même toit. De ce fait, les adolescents vivant avec le VIH depuis la naissance ont à développer et à maintenir des relations d'intimité à travers une structure familiale qui peut prendre plusieurs formes d'un jeune à

l'autre. À travers les témoignages recueillis dans le cadre de cette étude, quatre types de familles ont été dégagés, à savoir : la famille d'origine, la famille élargie, la famille reconstituée et la nouvelle famille.

- **La famille d'origine** : dans ce premier type de famille, les adolescents vivent avec leurs deux parents, leurs frères et sœurs issus de cette union ou avec un des parents sans que les demi-frères ou demi-sœurs ne demeurent dans la maison.
- **La famille élargie** : ce second modèle consiste pour un adolescent à vivre (sous un même toit) avec un ou les deux parents biologiques et également avec d'autres personnes ayant des liens de parenté ou des personnes de connaissances de la famille de longues dates.
- **La famille reconstituée** : ce type de famille est composé d'un des parents d'origine, d'une belle-mère ou d'un beau-père, avec ou sans demi-frères ou demi-sœurs sous le même toit.
- **La nouvelle famille** : pour ce dernier type, les adolescents demeurent avec une autre personne avec laquelle ils ont un lien de parenté, une connaissance de longues dates des parents ou tout simplement avec un étranger.

4.2 L'intimité : avant tout une question de sécurité, de protection et de partage au sein de la famille

Le développement des liens d'intimité unissant l'adolescent et les membres de sa famille semble s'opérer différemment en fonction de l'environnement familial et de la puissance des liens de parenté. Ce premier volet de la recherche décrit, à la lumière des témoignages des adolescents, le développement de l'intimité au sein de la famille, qui s'exprime d'abord par la sécurité matérielle et affective offerte par les parents ou les substituts parentaux. L'intimité se construit aussi à travers des mécanismes de protection visant, d'une part, la santé de l'enfant et, d'autre part, la santé familiale et sociale. Par contre, quand elle vise les autres membres de la famille, elle se manifeste par la divulgation du statut au VIH de la personne infectée à ces membres. Dans ce contexte, cette forme de protection peut présenter des effets pervers pour les adolescents vivant surtout dans une famille reconstituée ou dans une nouvelle famille, des effets pervers tels l'interdiction de jouer avec les autres enfants de la maison ou ne plus laisser l'enfant fréquenter l'école. D'un autre point de vue, l'intimité se construit également

entre l'adolescent et surtout un substitut parental, à travers le partage d'information lié à son statut qui tisse donc un lien d'attache entre l'adolescent et son tuteur.

4.2.1 La sécurité matérielle et affective offerte par les parents ou les substituts parentaux : il me procure tout ce dont j'ai besoin

La sécurité matérielle et affective apparaît la première étape dans le développement de l'intimité entre l'adolescent et sa famille. La sécurité matérielle fait donc référence au fait que les adolescents soient sous la responsabilité entière de leurs parents ou tuteurs en ce qui a trait au logement, à l'alimentation, à l'éducation et aux dépenses en matière de santé, etc. Les plus jeunes relatent entretenir de bonnes relations avec leurs parents ou substituts parentaux alors que les adolescents âgés entre 17 et 20 ans, se sont exprimés beaucoup plus clairement sur la sécurité dont ils ont pu bénéficier de la part de leurs tuteurs. Certains d'entre eux se sont montrés reconnaissants face à la sécurité matérielle offerte et l'aide apportée surtout quand ces derniers ne sont pas leurs parents biologiques. Lorsqu'ils relatent ces faits en entrevue, le ton de leur voix change et certains tombent en larmes. Des liens intimes avec le parent ou le substitut parental sont palpables à travers leurs discours.

[...] Men li ban m swen m merite, tout sa ke doktè rekòmande. Pafwa gen de bagay mwen konn fè epi granmè m fache, map viv ak granmè m, li okouran, se li lè m te entènè lopital jeneral ki te mennenm isit la vin fè tès, lè l te konnen m gen maladi ya, li jis rete sekre antre nou. Men li ban m swen m merite, tout sa ke doktè rekòmande (Sauveur, 19 ans).

[Je vis avec ma grand-mère. Parfois, je lui fais des choses pour lesquelles, elle se fâche. C'est elle qui m'avait emmené faire le test de dépistage après mon hospitalisation. Donc, elle est au courant de mon infection. Et cela reste secret entre nous. En tout cas, elle me procure des soins nécessaires, elle exécute tout ce que le médecin me prescrit].

Map viv ak papa m li marye ak yon dam e dam nan gen 2 pitit, yon fi yon gason. Se ansanm avèk yo map viv nan kay, e yo banm chanm pa m. m toujou jwe ak timoun yo, mwen pa gen pwoblèm ak timoun yo e mwen pa gen pwoblèm tou ak paranm (Rosette, 17 ans).

[Je vis avec mon père, il s'est marié avec une dame et a deux enfants. Je vis avec eux et j'ai ma propre chambre. Je joue avec les enfants. Je n'ai aucun problème avec les enfants ni mes parents].

Depi manman m te fin fè m, lè sa mwen te ka gen 3 mwa konsa, li te mouri, se tati ki reskonsab mwen. Se avèk li mwen leve. Yo di m gen papa men m pa konnen. Nap viv

trè byen, li konsidere m kòm pitit li menm jan li sèvi ak pitit li menm jan li sèvi avèm, mwen pa gen okenn repwòch m ka fè l (Suze, 17 ans).

[Trois mois après ma naissance, ma mère est morte. Depuis lors, je suis sous la responsabilité de ma tante, elle m'a élevé. On dit que j'ai un père, mais je ne le connais pas. Tati et moi, nous vivons très bien et elle me considère comme son enfant, et je n'ai rien à lui reprocher].

[...] Manman m mouri epi papa m detache de nou depi lè sa mwen pap viv trè byen, men mwen lite ak lavi ya kanmenm, paske mwen gen frè m ki la la a, Bondye fè papa m te gentan fè yon tikay (Wilfrid, 18 ans).

[Ma mère est morte et mon père s'est détaché de nous. Grâce à Dieu, mon père nous avait fait construire une maison. Et avec l'aide de mon frère, j'ai lutté pour vivre].

Map viv avèk kouzen mwen, granfrèm avèk matant mwen, mwen pap viv avèk papa m nan kay, se lè vakans mal pase kèk jou avèk li. Men se avèk matant mwen map viv paske se nan men li m fèt depi lè manman m te mouri li kite m nan men ni depi a 2 zan. Sa fè m mal anpil, mwen pa konn manman m kòm se nan men ni mwen leve, mwen tou rele l manman. Men li viv byen avè m tou sa m bezwen li banmwen n (Alain, 18 ans).

[Je vis avec ma tante, mon grand frère et mon cousin. Pour mon père, au cours des vacances, je passe quelques jours avec lui. Depuis la mort de ma mère à l'âge de deux ans, je vis avec ma tante. Cela m'attriste, beaucoup le fait, que je ne connaisse pas ma mère. J'appelle ma tante : mère. Elle vit très bien avec moi, elle répond à tous mes besoins].

Une adolescente âgée de 15 ans exprime ce que représente son père à ses yeux. Elle sent qu'au-delà de la sécurité matérielle, il comble aussi ses besoins affectifs. En tant qu'enfant, il répond à ses besoins primaires alors qu'en tant que père-mère, il satisfait à ses besoins affectifs. En tant que père-famille, il lui assure une affiliation. Enfin, il s'agit d'une personne sur qui elle peut réellement compter.

Bon sel papa m mwen genyen kòm fanmi, se li ki manman tout byen m se li menm ki soti fè taks pou l okipe nou, map viv ak yon kousin sè m tou nan kay la, menn lè yo konnen gen maladi ya, yo viv tre byen avè m (Wislande, 15 ans).

[Bon, je n'ai que mon père comme famille. C'est lui qui remplace ma mère, tout mon bien c'est lui. Il fait du taxi pour s'occuper de moi. Je vis dans la maison avec mon cousin et ma sœur. Quoiqu'ils soient au courant de ma maladie, ils vivent très bien avec moi].

4.2.2 Protection de la santé de l'adolescent : mon père s'organise pour que rien ne m'arrive

En plus de la sécurité matérielle offerte par la famille, les jeunes réfèrent à de multiples situations où il a été question de la protection offerte par les parents. Dans des circonstances particulières, les membres de la famille ont formulé des conseils en vue d'éviter une situation perçue comme étant menaçante au plan de la santé physique, psychologique ou sexuelle.

La protection de la santé physique : prendre des précautions pour ne pas aggraver sa maladie et prendre mes médicaments pour ne pas développer de la résistance aux traitements

Certains adolescents affirment être protégés, voire surprotégés, par certains membres de leur famille. D'ailleurs, le terme précaution revient constamment dans leur discours. Ce terme, dans le langage créole populaire, et surtout dans le contexte du VIH, fait référence à l'abstinence ou à l'utilisation du préservatif. Il est également utilisé dans un cadre général, tel celui mentionné par Frantz, et signifie simplement faire attention à sa santé. À ce propos, Olga (19 ans) et Frantz (19 ans) relatent la manière dont leurs tuteurs ou les membres de leur famille leur conseillent de se protéger afin de ne pas aggraver leur état de santé :

Nou (matant mwen avèm) pa fasil fè sa, oparavan nou te konn pale men kounye ya nou pa pale sa ditou. Li (matant mwen) toujou ap pale fò m pran prekosyon paske maladi ya ka vin pi grav (Olga, 19 ans).

[Nous (ma tante et moi) ne parlons pas de cela facilement. Auparavant nous savions en parler, mais plus maintenant. Elle me dit toujours de prendre des précautions pour que la maladie ne s'empire pas].

Sa mache trè byen ansanm avèk yo (sè m ak frè m yo) paske yo menm yo viv avèk mwen kòm pat gen anyen, yo toujou ap pran de prekosyon avèk mwen, si Pa egzanp gen yon ti lapli, yo gen tan ap rele anmwe, mwen pakap mouye, mwen pa ka fè yon ti jwe boul, tèlman yo pata renmen anyen mal rive m anplis de sa ke yo konnen ke m genyen an. Relasyon an trè bon (Frantz, 19 ans).

[Cela marche très bien entre nous (sœurs et frères) parce qu'ils vivent avec moi comme si je n'étais pas infecté. Ils me protègent toujours. Si, par exemple, il pleut et que je suis dehors, ils se plaignent pour moi. Ils ne veulent même pas que je joue au ballon, du fait qu'ils savent de quelle maladie je souffre].

Du point de vue des jeunes, la protection des parents et des substituts parentaux s'exprime aussi à travers les consignes qui leur sont prodiguées face à l'importance de prendre régulièrement leurs médicaments. Dans le cas de Lovinsky, âgé de 15 ans, il raconte que sa mère l'incite à être observant en lui expliquant les conséquences potentielles d'une mauvaise observance thérapeutique. Pour Jacob, âgé de 17 ans, qui demeure avec son père, il affirme ne parler d'aucun sujet important avec lui, mais avoir des conversations téléphoniques régulières avec sa mère le motivant à prendre quotidiennement ses médicaments afin de trouver un soulagement contre la maladie. Pierre, âgé de 18 ans, indique que sa mère lui prodigue des conseils pour le protéger des effets secondaires des médicaments qu'il a tendance à absorber sans se nourrir.

Non, lè manman m tap di m sa a nou te pale de sa, wi nou pale de sa, li konn di fòk mwen pran medikaman yo byen pou m pa vin devlope rezistans (Lovinsky, 15 ans).

[Non, quand ma mère m'annonçait la nouvelle, on parlait de cela, oui, on parle de cela, elle sait me dire il me faut bien prendre les médicaments pour ne pas développer une résistance].

Okòmansman, yo (medikaman yo) te konn banm tèt vire, tèt fè mal e, pafwa si mwen pa mange anyen yo konn fè m toudi, fèm preske tombe. Pafwa, manman m konn anpeche m pran tout. Li konn di m bwè yonn, aswè ma pran lòt la (Pierre, 18 ans).

[Au début, j'avais la tête qui tourne à cause des médicaments, surtout quand je les prends à jeun. Dans ce cas, ma mère m'empêchait de les prendre au complet. Elle me conseillait d'en prendre un dans la matinée et de laisser l'autre pour la soirée].

Mwen pa konn pale anyen ak papa m, li pa gen tan chak maten li leve l al travay li pa gentan pou bagay sa yo. Se pa fasil nou pale ditou. Manman m konn rele m nan telefòn chak tan. Tou de konnen ke m konnen ke m enfekte. Manman m toujou di m pou m bwè medikaman yo, pou m wè si m te ka jwenn yon ti souf a maladi ya (Jacob 17 ans).

[Je ne parle de rien avec mon père. D'ailleurs, il n'a pas de temps à cause de son travail. Ce n'est du tout facile. Ma mère m'appelle souvent au téléphone, et les deux savent que je suis au courant de mon infection. Ma mère me dit toujours de boire mes médicaments pour que je puisse trouver un peu de soulagement avec la maladie].

La protection de la santé psychologique : pouvoir compter sur l'intervention de ses parents en cas de besoin

Il est courant pour les adolescents infectés au VIH depuis la naissance, de vivre dans une famille reconstituée, ou de vivre avec toute autre personne avec ou sans lien de parenté. Dans ce cas, ces jeunes sont beaucoup plus exposés à toutes sortes de situations potentiellement traumatisantes, telles la stigmatisation et la discrimination. La perte des deux parents met ces enfants en position d'accepter de vivre des situations intolérables puisqu'ils n'existent pas une structure étatique fiable de prise en charge de ces cas. En fait, Adline (17 ans) a expérimenté une situation discriminante avec sa belle-mère et son père est intervenu, dans son rôle protecteur, pour lui trouver un logement ailleurs. Pour sa part, Junior (19 ans) orphelin de père et de mère, croit fermement que sa famille du côté maternel interviendrait s'il se trouvait en situation difficile.

Wi, sèlman yon jou papa m te gen yon madanm, se bèlmè m li ye, kòm se madanm ni li ye, yo toujou ap dyaloge, li vin di l ke mwen gen jèm nan nan san m, ou konn se bèlmè li ye li pa manman m, li mache di tout moun sa, mwen te gen yon ti sè m li pat vle kite m jwe avèk li, li pa dakò pou m mete menn rad avèk li, sa a te fè m tris anpil paske tisèm li ye, lè papa m wè sa, li retire m bò kote l annapre lè m rive m mwen paka salye yo, sa te vin yon gwo pwoblèm, kòm kounye a mwen pap viv menm kote avèk yo, se yon lè konsa mal wè yo, sa pa si tèlman deranje m (Adline, 17 ans).

[Oui, un jour mon père avait une dame, ma belle-mère, comme c'est sa femme, ils dialoguent et mon père lui a dit que je vis avec le VIH. Elle a colporté l'information dans la zone et m'empêche de jouer avec mes demi-sœurs ou de porter leurs habits. Cela m'avait rendu triste. Voyant cela, mon père m'a placé dans une autre maison. À présent, je ne vis plus avec eux. Je les rencontre rarement et cela ne me dérange plus].

[...]Lasèl choz si mwen gen yon bagay grav yo ka ede m, se si ke y ap ede m, yo pap lese m. yo menm tou si yo gen yon bagay m ap ede yo men pou lemoman mwen pa gen pwoblèm mwen pa gen bagay grav, mwen ka gen yon fyèb y opa vin ede m. men si pou m rive yon kote pou yo pote èd yo y ap fèl men mwen pa gen yon relasyon avèk yo ki vreman mòde. Men si pou m rive yon kote pou yo pote èd yo yap fèl men mwen pa gen yon relasyon avèk yo ki vreman mòde (Junior, 19 ans).

[Je suis sûr que si je suis dans une situation grave, ma famille m'apportera son aide, vice versa. Par exemple si j'ai une fièvre, elle ne viendrait pas. Mais en situation difficile, je suis sûr qu'elle m'aiderait, quoique nous n'ayons pas de bonnes relations].

Il est courant, dans la tradition haïtienne, de garder le silence dans des situations de maladie incurable ou de deuil. Dans ce contexte, le silence peut être vu comme une forme de protection du bien-être psychologique de l'individu. Qu'ils soient issus d'une famille élargie, reconstituée ou monoparentale, quelques adolescents de la tranche des 17 à 20 ans mentionnent ne pas parler du VIH au sein de leur famille. Pour Nathalie vivant avec sa mère au sein d'une famille élargie, tous les membres sont au courant de son statut. Quant à Rosette, vivant en famille reconstituée, elle raconte que son père ne parle pas du VIH et n'a pas divulgué son statut à sa belle-mère. Pierre qui vit avec sa mère se sent plus à l'aise de ne pas aborder la question du VIH avec cette dernière du fait qu'elle est aussi porteuse.

Nou konn pale plis de lot maladi tankou kansè kòl, kansè tete (Nathalie, 17 ans).

[Nous avons l'habitude de parler au sujet d'autres maladies comme le cancer du col, le cancer du sein].

Papa m ki konnen, dam nan pa konnen, papa m pa di pèsonn sa, menm manman m, mwen pa janm pale de sa ak manman m mwen konnen lap swiv lopital (Rosette, 17 ans).

[Seul mon père est au courant, la dame (ma belle-mère) n'est pas au courant, car mon père n'a mis personne d'autres au courant, même à ma mère. Je n'ai jamais abordé ce sujet avec ma mère, mais je sais qu'elle est suivie dans un hôpital].

M ap viv ak manman e se yon moun malad li ye. Mwen pa konn pale de maladi sida a avèk yo (Pierre, 18 ans).

[Je vis avec ma mère, une personne qui est malade. Je n'ai pas l'habitude de parler de la maladie du SIDA dans la maison].

De son côté, Jacob a déploré le comportement de sa tante qui a été informée de son statut et a divulgué l'information dans sa zone de résidence. Depuis, il a peur que ses voisins le taquine ou ne lui parle plus. Pour Wilfrid vivant avec sa famille d'origine, son frère a appris la nouvelle presque au même moment que lui alors qu'il avait treize ans. Il apprécie le fait que son frère l'ait accepté inconditionnellement; il exprime d'ailleurs son amour pour ce dernier avec qui il continue de vivre joyeusement.

Map viv ak papam. M te fon ti pè poutèt matant mwen te komanse ap di sa, nan lakou a, gen moun kite tande, m pat vle pou yo te fawouche m, pou yo pat pale avè m. poutèt sa m te yon ti jan pè. Aprè sa, m pat pè pou anyen ankò (Jacob, 17 ans).

[Je vis avec mon père. Après avoir été informé de mon statut, j'ai eu peur parce que ma tante commençait à faire circuler l'information dans ma zone de résidence. Il y a des gens qui ont entendu. Je ne voulais pas qu'on me taquinât, qu'on ne me parlât plus. J'ai eu peur que tout cela arrive].

Wi, li (frè m) menm tou li te okouran de sa, men sak fè map viv ak misie, nan tout sa yo di, misie di se frè m li ye, kit li genyen n, kit li pa genyen n se frè m ni ye, li pap janm paret frè m. tout moun la pou malad se sak fè, mwen renmen misie anpil, epi toujou ret bò kot misie, jiska mentman, misie tande m genyen n, men li pa janm met sa a entansyon. Li viv nòmalman avè m (Wilfrid, 18 ans).

[Oui, lui (mon frère) aussi était au courant. Mais la raison pour laquelle je vis avec lui, de tout ce qu'on dit, il a dit que je suis son frère, que j'aie le virus ou non, je resterai toujours son frère. La maladie est humaine. Je l'aime beaucoup. Puis, il est resté avec moi jusqu'à maintenant. Il vit avec moi normalement].

La protection de la santé sexuelle ou de sa dignité : prendre des précautions pour bien gérer sa vie et tenir sa tête

La protection de l'adolescent cible également la santé sexuelle en l'encourageant à prendre régulièrement ses médicaments et en l'invitant à s'abstenir de relations amoureuses et sexuelles. Ainsi, à travers les récits de Natacha (17 ans), de Josette (18 ans), et d'Immacula (15 ans), on peut déceler trois termes utilisés par des figures féminines significatives afin de les inciter à se protéger d'une grossesse. Selon une traduction littérale, il s'agirait de précaution (prekosyon), gestion de sa vie (gere vi w) et de tenir sa tête (kenbe tèt ou), à savoir se comporter avec dignité. Comme le mentionnent les jeunes, ces propos sont généralement tenus en réaction à une information qui circule sur le comportement sexuel des jeunes ou à un comportement de la part de l'adolescent jugé suspect.

Nou konn pale de maladi ya, e yo konn di se yon maladi tout moun ka prann epitou yo konn pale pou nou pran prekosyon. Matant mwen toujou ap fè yon fason pou l montre nou kòman pou n jere vi nou (Natacha, 17 ans).

[Parlant de la maladie, ma tante a l'habitude de dire que c'est une maladie que n'importe qui peut attraper, et que je dois prendre des précautions. Ma tante essaie de me montrer comment gérer ma vie].

Map viv ak marenn mwen, parenn mwen, kousin. Manman ak papa m mouri. Yo konn chita yap pale avèm yo konn di m konsa, kenbe tèt mwen, tout moun lakay mwen okouran (Josette, 18 ans).

[Je vis avec ma marraine, mon parrain et mon cousin. Ma mère et mon père sont décédés. Tous ces gens sont au courant de mon infection. Ils me disent toujours de me respecter et de me comporter dignement].

Map viv ak matant mwen, yon kouzin ni ak mari li. Tout okouran ke m enfekte, mwen viv avèk yo trè byen men sèlman yo di m pran prekosyon (Immacula, 15 ans).

[Je vis avec ma tante, son mari et mon cousin. Ils sont au courant de mon infection, et je vis très bien avec eux. Cependant, ils me demandent seulement de prendre des précautions].

Au sujet de l'amour et de la sexualité, une minorité d'adolescents affirme en avoir discuté avec leurs substituts parentaux. Le contenu partagé concerne les comportements sexuels précoces des jeunes ou l'usage du préservatif lors des rapports sexuels. Wislande (15 ans) raconte que son père lui demande très clairement de ne pas se lier d'amour avec une partenaire afin d'éviter, selon lui, une mort prématurée. Marie-Yves (19 ans) parle de la précocité des rapports sexuels chez les jeunes qui ne sont pas prêts pour de telles activités. Quant à Rosemond (19 ans), sa marraine lui suggère d'utiliser le préservatif lors de tout rapport sexuel.

Papa m toujou pale avè m, li toujou ap di m fò m pa nan renmen pou m ka viv pi lontan, mwen toujou di papa m viris la pa tiye moun, gen remed pou lise si bondye beswen m lap pran m (Wislande, 15 ans).

[Mon père me dit toujours d'éviter d'avoir un partenaire amoureux afin de ne pas mourir prématurément. Je lui ai toujours répondu, en disant que le virus ne tue pas les gens, et qu'il en existe des médicaments contre lui. Puis, je mourrai si c'est la volonté de Dieu].

Pafwa men patoutan, de jènn yo k ap pede fè sèks san yo pa prè (Marie-yves, 19 ans).

[Parfois, mais pas souvent. Nous parlons des jeunes qui sont sexuellement actifs précocement].

Li (Marenn mwen) di m nenpòt fanm ke m ta genyen, lè m pwal nan relasyon seksyèl avèk li fò m toujou pwoteje m (Rosemond, 19 ans).

[Ma marraine me dit : avec n'importe quelle fille dont j'aurai des relations sexuelles, je dois toujours me protéger].

4.2.3 La protection de la santé familiale et sociale : mettre au courant ou fermer sa bouche

En plus de la protection de la santé de l'adolescent, l'intimité au sein de la famille se caractérise par la divulgation du statut au VIH de la personne infectée aux autres membres. Quand elle est partagée au sein d'une famille d'origine, l'information se transforme en secret familial qu'il faut garder et protéger. Par contre, quand elle vise la protection de la santé familiale et sociale spécialement dans une famille reconstituée ou une nouvelle famille semble être défavorable au développement de l'intimité. Certains tuteurs, informés du statut infectieux de l'adolescent, se préoccupent tant pour la protection de celui-ci que pour celle des autres membres de la famille, d'où la présence de stratégies de protection orientées vers l'adolescent ou vers la famille. Ce double standard de protection est le plus souvent observé dans les familles reconstituées, les familles élargies et les nouvelles familles. Ainsi la divulgation de l'information visant la protection de la famille peut dans certains cas être en défaveur de la protection de l'adolescent.

La protection sociale de la famille par la divulgation à ses membres : ne pas faire de la méchanceté avec le virus

La divulgation du statut infectieux de l'adolescent à un autre membre de la famille se fait le plus souvent à son insu et presque toujours par un parent ou un tuteur. Une minorité d'adolescents âgés entre 17 et 20 ans a exprimé ses émotions et sentiments par rapport à ces situations de divulgation. Pour Adline vivant en famille reconstituée, son père aurait divulgué son statut à sa belle-mère, qui aurait réagi négativement à son endroit. Elle affirme avoir ressenti de la tristesse et explique la situation à l'aide d'un proverbe tiré dans la littérature créole haïtienne : «Belmè pa Manman» lequel se traduirait par « la belle-mère n'est pas la mère ». La mère est le symbole de protection, de sécurité et d'amour alors qu'à l'opposé, la belle-mère renvoie à l'intolérance, l'insécurité et la méchanceté. Nathalie, qui vit en famille élargie avec sa mère, se sent bien entourée et voit signe d'acceptation du fait de pouvoir cuisiner pour toute la famille alors que ses proches sont au courant de son statut. Les adolescents vivant avec des personnes qui sont au courant de leur statut et qui ne les stigmatisent pas se sentent acceptés, et ce, même si le seul sujet de discussion s'avère la protection des membres de la famille.

Premye fwa lè m te fèk konnen mwen genyen ni an, mwen, gransè m avèk papa m li te esplike m, piga mwen fè mechanste avè l, nou twa ki nan kay la piga m ba yo l, viv avè l trè byen konsa priye bondye. Nou te fè yon grandiskisyon epi ankò li di m konsa pou m pwoteje lot moun (Adline, 17 ans)

[Après avoir appris le résultat du test au VIH, j'ai eu une réunion avec ma grande sœur et mon père. Ce dernier m'expliquait que je ne dois pas faire de la méchanceté avec le virus, de ne pas les infecter dans la maison, je dois vivre très bien avec le virus et de prier Dieu. Nous avons eu une grande discussion; puis il me disait de protéger les autres].

Map viv ak manman m, paren mwen, belsè manman m, tonton, grann mwen, kouzen mwen, kouzin m, papa m mouri. Lè yo vin aprann ke manman gen maladi ya tout moun te gen pwoblèm men apre lavi kontini, men lè yo vin aprann ke m genyen ni yo sezi tou. Yo pat panse ke m tap genyen n tout moun okouran ke m genyen ni, tout fanmi m. Bon, fanmi m alèz avè m yo ban m fè tout bagay, yo banm fè manje a yo manje l, ji a yo bwè l, yo alèz avè m. y opa imilye m anyen, sèlman se mwen ki konnen lè map fè yon bagay pou yo, pou m pran prekozyon pou m pa blese [...] (Nathalie, 17 ans).

[Je vis avec ma mère, mon parrain, la belle-sœur de ma mère, mon oncle, ma grand-mère, mon cousin et ma cousine. Mon père est mort. L'information sur la maladie de ma mère avait bouleversé toute la famille. Mais après la vie a suivi son cours. Cependant, quand elle a appris que j'étais aussi infecté, elle était surprise et ne pensait pas que je l'aurais. Toute la famille est au courant. Ma famille est à l'aise avec moi, elle me donne à préparer de la nourriture et du jus. Elle les consomme sans problème. Elle ne m'humilie pas. Je suis obligé de prendre des précautions pour ne pas me blesser afin de les protéger].

La protection de la famille et ses effets pervers : subir la stigmatisation et la discrimination au sein de sa famille

Certains adolescents vivant surtout en famille reconstituée et dans une nouvelle famille où leur statut a été divulgué par un tuteur, sont le plus souvent exposés à des situations de stigmatisation et de discrimination. Au départ, la divulgation visait la protection de la famille, alors que celle-ci a provoqué un effet négatif pour l'adolescent. Selon Marie-Yves, la stigmatisation suppose le rejet, la mise à l'écart et le préjugé des autres selon lequel elle serait dans l'incapacité d'exécuter ou de réaliser certaines activités. Dans son cas, les membres de sa nouvelle famille présupposaient qu'elle ne pouvait pas fréquenter l'école. Pour Farah (17 ans) et Anne (20 ans), la stigmatisation consiste en une forme d'humiliation. C'est le fait de ne pas être considéré comme les autres : la discrimination renvoie au rejet, à l'abandon ou à

l'expulsion hors de la maison familiale. Dans le cas de Roselaine (18 ans) qui a connu cette réalité, elle raconte que sa mère est morte du SIDA, laissant deux enfants (elle et sa petite sœur). Ses tuteurs ont appris par hasard qu'elle aussi est infectée. Dès ce moment, elle s'est trouvée en difficulté jusqu'à ce qu'on la mette à la porte. Par contre, sa sœur non infectée est admise dans la maison. Il en est de même pour Wilfrid (18 ans) qui a dû faire croire aux membres de sa famille qu'en refaisant son test au VIH, il s'est révélé négatif, pour retrouver leur appréciation.

Mwen viv byen ak fanmi mwen, men avan lè yo potko enfòmèn yo te konn ap stigmatize mwen, men kounye a, kòm yo enfòmè, mwen viv byen avèk yo. Sa vle di yo t ap mete apa. Epi yo te di m pap ka ale lekòl, mwen pap ka fè yon seri de bagay, men kounye a kòm yo enfòmè kounye a mwen fè yo (Marie-Yves, 19 ans).

[Je vis bien avec ma famille. Cependant, au début, elle n'avait pas été assez informée sur le VIH, elle me stigmatisait. Cela veut dire qu'elle me rejetait. Puis elle disait que je ne pourrais pas fréquenter l'école, et que je serais incapable de réaliser certaines activités. À présent, la situation a changé du fait qu'elle est mieux informée sur la maladie].

Mwen alèz men plis alèz mwen se lè mwen bò kot manman m. tankou lè m kot matant mwen yo kouzin mwen, mwen pa fin santi m alèz , bon manman m mete yo alèz, gen ladan yo ki konnen men sak konnen yo konn ap imilye m, y ap pouse , men mwen pa dekouraje, men map viv nan kay ak manman m, sè m (Farah, 17 ans).

[Je suis beaucoup plus à l'aise en compagnie de ma mère. Quand je suis chez ma tante et mes cousins, je ne suis pas tout à fait à l'aise. Certains d'entre eux qui connaissent mon statut par le biais de ma mère, m'humiliaient et me rejetaient. Cependant, je ne me décourage pas puisque je vis avec ma mère].

Nan mod vi lakay la, mwen paka jwe ak timoun yo, mwen paka fè anyen, si yon moun ta vini li mande yon goud dlo, mwen paka al pran n ba li. Bon nou pa gen tèlman yon bon relasyon paske nou pa konn chita nan pale epitou mwen pa alèz ak okenn moun lakay la (Anne, 20 ans).

[Avec le style de vie que je mène à la maison, je ne peux pas jouer avec les enfants et je ne peux rien faire. Par exemple, si un invité arrive à la maison et me demande de lui donner un peu d'eau, je ne peux pas le servir. Donc, nous n'avons pas de bonnes relations parce que je n'ai pas l'habitude de m'asseoir pour converser avec eux. En plus, je ne suis à l'aise avec aucune à la maison].

Pou m byen di w mwen pa gen fanmi, se te sèlman gran pè m li mouri. Avèk matant, tonton mwen tap viv ansanm avèk yo, yo vin okouran ke m malad, yo vin imilye m epi

m vin soti men sa se fanmi bò manman, men fanmi bò kot papa pa okouran ditou epi mwen pa al lakay yo tou paske moun sa y opa gen mwayen, mwen vin panse ke map viv mwen pa gen fanmi. Se zanmi ki fanmi m, se sa kite rive pou manman m (Roselaine, 18 ans).

[À bien te dire, je n'ai pas de famille, c'était mon grand-père, il est mort. Je vivais avec ma tante et mon oncle, ils étaient devenus au courant de mon statut, ils m'ont humilié, puis ils m'ont mis à la porte. Pour la famille du côté paternel, elle n'est pas au courant et n'a pas de moyen. Je n'ai que mes amis comme famille].

Rimè ya te gentan kouri nan fanmi m, men pliske yo pa fè tès la, men detout fason, mwen konfenk yo nan yon sans ke lè m vin lopital yopa konnen, lè map pran medikaman yo pa konnen, lè yo te vinn konn sa, yo te gade m mal, yo pat kite m bò kote yo, yo preske mete m aleka. men loske m vin wè sa, m di bon pliske map pran medikaman man bòn sante e m pa piti epi m wè vin byen anfòm, m di bon map fè yon jan. Epi lè te rankontre avèk sikolòj la, m pale sa avè l epi a la dènyè minit, mwen te arive di yo m tel kote m te ale, m tap swiv la yo banm fè yon tès , li soti negatif, epi yo tout vin kontan avè m jiska kounye ya, yo sèvi byen avè m, men m pat ret bò kote yo, mwen rete avèk frè m nan. Yo separe de mwen, mwen separe de yo. Men yo pa gen okenn pwoblèm avè m osijè de maladi ya ankò. Lè yo te premye konnen mwen genyen n nan, yo te toujoumete m nan yon kwen, yo pa okipe m (Wilfrid, 18 ans).

[La rumeur de mon infection a circulé dans ma famille. Dès lors, elle m'humiliait et me rejetait. Ainsi, je me suis arrangé pour qu'elle ne sache pas quand je vais à l'hôpital et ne me vois pas en train de boire les médicaments. Mais, puisque je prends mes médicaments, je suis en bonne santé, j'ai grossi, je me suis dit, je dois faire quelque chose. Puis, j'ai fait un plan en leur disant que l'hôpital où je fréquente m'a fait subir un autre test au VIH, et le résultat s'est révélé négatif. La famille est contente et depuis lors, elle entretient de bons rapports avec moi. À présent, j'habite avec mon frère et je n'ai plus ce problème].

La protection de la famille à l'égard de certains de ses membres : les autres personnes de la maison ne sont pas au courant de mon infection

Sous l'influence de leur tuteur, les adolescents vivant en famille reconstituée, en famille élargie ou dans une nouvelle famille, gardent le secret de leur infection et ne sont pas prêts à partager cette information à l'extérieur de la famille d'origine. Ainsi la puissance du lien de parenté semble être un facteur déterminant quant au partage de l'information relative à son statut infectieux. Pour Nahomie et Oscar qui vivent dans une famille élargie, Harry qui vit dans une famille reconstituée ou encore Hérold qui évolue dans une nouvelle famille, le secret entourant leur statut est préservé dans leur univers familial. Le secret, constaté le plus

souvent dans ces types de familles, semble être maintenu dans le but de protéger l'adolescent infecté contre un éventuel rejet de la part des autres membres.

Map viv avèk papa m, avèk kouzen, kouzin, manman m mouri, papa m pa gen viris la. Sèl papa m ki konnen, Lòt moun yo konnen mwen vin lopital mwen malad men yopa konn sa m genyen (Nahomie, 16 ans).

[Je vis avec mon père, mon cousin et ma cousine. Ma mère est morte et mon père n'a pas le virus. Il est le seul à être au courant de mon infection. Les autres personnes de la maison savent que je suis malade, sans savoir de quelle maladie je souffre].

Map viv ak yon frè m, li gen 20 tan, papa m se lè dimanch li vin lakay la, mwen mèt di m pap viv avè l, paske mwen pa wè l chak jou. Men frè m nan pa konnen si m gen maladi ya, se sèlman papa m ki konnen (Oscar, 16 ans).

[Je vis avec mon frère de 20 ans qui ignore mon statut sérologique. Mon père vient à la maison chaque dimanche. Je peux dire que je ne vis pas avec lui parce que je ne le vois pas chaque jour. Il est le seul à être au courant].

Map viv avèk manman m, de frè m avèk bòpè m. M ka di se yon bagay ki twòp pou mwen, paske jenn timoun tankou m pou m tonbe nan bagay konsa. Se sak fè m paka di zanmi m sa, se sèl fanmi m ki konn sa. Menm ti frè m nan pa konnen sa. Se sèl manman m, bòpè m nan avèk mwen ki konnen mwen viv yon ti jan two mal [...] (Harry, 16 ans).

[Je vis avec ma mère, mon beau-père et mes deux frères. Je peux dire que le fait de vivre avec le virus me dépasse, parce que je suis trop jeune pour être dans cette situation. Je ne peux pas partager cette réalité avec mes amis. Même, mon petit frère n'est pas au courant. Sauf, ma mère et mon beau-père sont au courant de mon statut sérologique].

Mwen gen 3 sè, ak papa m, avèk yon frè m, relasyon m trè byen avèk yo. Yo yonn pa konnen (Hérolde, 15 ans).

[J'ai trois sœurs, un frère en plus de mon père. Nous entretenons de bonnes relations, cependant, ils ne sont pas au courant de mon infection].

Enfin, dans le cas de Roselaine âgée de 18 ans et hébergée par une nouvelle famille après avoir été expulsée par sa famille maternelle, elle a décidé de garder sa sœur en dehors du secret. Elle a évoqué vouloir éviter le choc que cette annonce pourrait occasionner chez sa petite sœur qu'elle juge encore trop jeune.

E m pa ta vle li okouran pou lemoman, mwen ta renmen li okouran pandan ke m ta nan yon nivo ki pi wo, mwen fini lekòl epi poum ap travay, pou m ta di l sa. Si m ta di l sa kounya, mwen wè sa tap yon chòk pou li. Paske li piti toujou. Li gen 15 zan men mwen pa vle di l sa kounye a (Roselaine, 18 ans).

[Je ne veux pas que ma soeur soit au courant pour le moment. J'aurais aimé qu'elle le soit quand je serai à un niveau supérieur, quand je termine mes études ou que je travaille. À mon avis, cela va être un choc pour elle, parce qu'elle est encore petite, elle a 15 ans].

La protection du secret familial : fermer sa bouche à la maison pour ne pas se dévoiler à l'extérieur de la famille

Certains adolescents, dont la mère biologique est encore en vie, affirment que celle-ci leur interdit de parler du VIH à la maison afin de ne pas s'oublier et d'aborder ce sujet dans les conversations avec autrui.

Wi, lè map pale de VIH la, manman m fè m fèmen bouch mwen, li pa vle m pale de sa, li di si map pale de sa avè l, bouch mwen gen dwa chape, mal pale de sa ak zanmi mwen ke m gen tel maladi [...] (Harry, 16 ans).

[Quand je parle du VIH, ma mère me dit de fermer ma bouche, elle m'interdit de parler de ce phénomène. Elle dit si je prends cette habitude à la maison, je peux sans m'en rendre compte, dévoiler à mes amis mon statut sérologique].

Map viv byen mwen pa konn pale de sijè sa a ak papa m, [...] Lòt moun yo konnen mwen vin lopital mwen malad men yo pa konn sa m genyen (Nahomie, 16 ans).

[Je vis très bien, je n'ai pas l'habitude de parler au sujet du VIH avec mon père. Les autres personnes de la maison savent que je suis allé à l'hôpital, je suis malade, mais ne sont pas informées de mon statut].

4.2.4 Le partage de son expérience avec le VIH, un lien d'attache et une affaire d'intimité familiale

En plus de la sécurité et de la protection prodiguée par les parents et les substituts parentaux, l'intimité se développe pour une minorité d'adolescents à travers le partage de son vécu avec le VIH. Ce partage semble tisser un lien d'attache entre l'adolescent et son confident et ce, même s'il habite une autre maison. Cette relation s'entretient le plus souvent avec des substituts parentaux qui partagent le secret depuis un certain temps avec eux.

Quand le VIH crée un lien d'attache entre tuteurs et adolescents : je suis à l'aise pour partager ce qui m'arrive avec mon cousin (mon tuteur) mais pas avec les autres de la maison

Les adolescents âgés entre 17 et 20 ans sont vers l'âge de 13 ans, mis au courant de leur statut infectieux. D'ailleurs, ils viennent le plus souvent seuls aux rendez-vous médicaux. D'ailleurs, ces adolescents sont pour la plupart orphelins des deux parents et sont au courant des causes du décès. Un adolescent vivant avec une personne informée de son statut VIH, développe plus facilement une relation d'intimité avec celle-ci. Par exemple, Marie-Yves (19 ans) vit dans une nouvelle famille et partage avec son cousin une relation d'intimité. Josette (18 ans), vivant également dans une nouvelle famille, sa marraine communique avec lui en privé quand il s'agit d'un sujet relatif au VIH. Pour Alain (18 ans) demeurant dans une nouvelle famille, sa tante évite que d'autres personnes de la maison soient au courant et ne lui parle du VIH qu'en privé. L'infection au VIH revêt donc un caractère intime dans les rapports entre les tuteurs et les adolescents. Ils évitent toujours de parler de ce sujet avec le jeune devant une autre personne de la maison, même s'il s'agit d'un frère ou une sœur, encore plus si c'est un demi-frère et une demi-sœur ou d'un cousin.

Mwen alèz pou pataje sa ki rive m ak kouzen m nan. Men mwen pa alèz ak lòt moun yo ki nan kay la. Nou konn pale defwa, men patoutan de jènn yo kap pede fè sèks san yo pa prè (Marie-Yves, 19 ans).

[Je suis à l'aise pour partager ce qui m'arrive avec mon cousin. Mais, je ne suis pas à l'aise avec les autres personnes de la maison. D'ordinaire, nous parlons au sujet des jeunes qui se livrent à des activités sexuelles de façon précoce].

Wi nou konn pale de viris SIDA, pafwa marenn mwen konn rele m akote pou l pale avèk mwen de sa (Josette, 18 ans).

[Nous avons l'habitude de parler du virus du SIDA. Parfois, ma marraine m'appelle pour parler à deux au sujet du VIH].

Pou viris sida, li (tant) pa vle pou frè m nan ak kouzen mwen an konnen si m genyen n, lè lap pale avè m, li pale an prive, li pa pale na piblik (Alain, 18 ans).

[Pour le virus du SIDA, elle (ma tante) ne veut pas que mon frère et mon cousin soient au courant de mon infection, quand elle me parle, elle le fait à deux].

Ce volet a traité du développement de l'intimité de l'adolescent et de l'adolescente en contexte familial. Les témoignages des participants ont permis de dégager quatre types de famille au sein desquels les adolescents vivent. Il s'agit de famille d'origine, de famille reconstituée, de famille élargie et de nouvelle famille. Le lien d'intimité au sein de la famille se construit à travers la sécurité et la protection prodiguée à chacun de ses membres. La sécurité offerte par la famille présente deux formes, l'une matérielle et l'autre affective. Par la sécurité matérielle, la famille répond aux besoins de l'adolescent en lui procurant un logement, de l'alimentation, une éducation et subvient aux soins de santé, etc. La sécurité affective est offerte à travers les liens d'affection et de confiance dans les moments difficiles. La protection cible d'abord la santé de l'adolescent. En ce sens, la famille veut le bien-être physique, psychologique, sexuel de l'adolescent. La famille vise également la protection de la santé familiale et sociale des autres membres par rapport à la maladie de l'adolescent. Quand la protection vise la santé familiale et sociale des autres membres, elle semble être défavorable au développement de l'intimité puisqu'elle génère souvent des situations de stigmatisation ou de discrimination. Par contre, au sein d'une famille d'origine, la protection est perçue comme un secret familial ou une affaire d'intimité familiale. Bref, l'intimité au sein de la famille se développe à travers la sécurité et la protection offerte par les parents ou les substituts parentaux. Ainsi, la famille constitue l'espace où le secret est le mieux gardé; elle devient le territoire par excellence de l'intimité.

4.3 Le développement des relations intimes avec les pairs

La famille joue un rôle majeur dans le développement global de tout individu, car avant l'âge de quinze ans, les adolescents sont entièrement dépendants de leurs parents ou tuteurs. Ces derniers peuvent ainsi leur imposer des normes de conduites et exercer un contrôle sur eux. À partir de quinze ans, les adolescents deviennent plus autonomes et peuvent prendre par eux-mêmes certaines décisions dans l'orientation de leur vie. Ils explorent le monde extérieur. Ils souhaitent développer un réseau social en dehors de la famille, nouer des amitiés de même qu'appartenir à un groupe. Les relations entre adolescents sont nécessaires pour leur développement social et leur épanouissement personnel. Selon une perspective développementale, ces relations avec les pairs évoluent et se transforment graduellement en une relation amicale intime.

4.3.1 L'intimité avec les pairs : avant tout de l'amitié profonde, un partage des ressources et une affaire personnelle et privée en ce qui a trait à l'infection au VIH

Ce second volet porte sur le développement des liens intimes entre les adolescents et leurs pairs. Ces adolescents identifient les ingrédients constitutifs d'un lien amical et conçoivent l'intimité en termes d'amitié profonde. Pour eux, l'amitié se vit à travers le jeu et les conseils que leurs pairs leur prodiguent en ce qui se rapporte à l'amour et à la sexualité. Par contre, le partage des informations relatives à l'infection au VIH semble constituer un frein au développement de l'intimité. Cette dimension de leur vécu semble être perçue par les adolescents comme étant une affaire personnelle relevant du domaine du privé.

4.3.1.1 L'amitié, à travers le jeu, les conseils à propos de l'amour et de la sexualité : avec mes amis, je joue au ballon

Les injonctions parentales n'ont pas empêché les participants de développer des relations amicales. Considérant des interdits parentaux, bon nombre de jeunes s'expriment sur l'importance des pairs en leur attribuant certains rôles que la famille à elle seule ne saurait combler. Par ailleurs, certains adolescents font état du comportement de leurs parents ou tuteurs qui tentent de maintenir leur autorité en continuant d'imposer leur opinion par des injonctions, afin de les amener à ne pas s'intégrer à un groupe de pairs. Au fur et à mesure que les adolescents grandissent et arrivent à la maturité, ils deviennent de plus en plus autonomes par rapport à leurs parents. Ils s'orientent davantage vers leurs pairs de même sexe, puis de sexe opposé. Les pairs, bien qu'ils ne puissent remplacer la famille, occupent une place prépondérante dans leur vie. Les relations qu'ils entretiennent peuvent passer de la camaraderie à des liens amicaux plus intimes. Ainsi, au milieu et vers la fin de l'adolescence, ils passent plus de temps à côtoyer leurs amis et sont moins disponibles pour la famille. Par conséquent, les pairs deviennent une figure d'attache, comme les parents l'étaient auparavant. Junior (19 ans) a tenté de nommer les ingrédients d'une relation amicale, tels que être à l'aise pour se parler (faisant référence probablement à la communication avec les adultes); pouvoir se divertir par des blagues ou par tout autre moyen; pouvoir consommer ensemble de la nourriture; se faire confiance pour partager ou s'entraider sur le plan économique. Pour cet adolescent, au-delà de ces éléments, on serait sur le territoire familial ou personnel. Quant à Anne (20 ans), elle n'a qu'une amie avec qui elle se sent à l'aise pour parler. Ainsi, les pairs

ne sont pas de simples individus avec qui ces jeunes partagent des moments de détente et de plaisir sans but précis. Au contraire, ils jouent des rôles de premier plan dans différentes sphères de leur vie. Ils agissent tour à tour comme compagnon de jeu, conseiller en ce qui se rapporte à l'amour et à la sexualité, mais ces confidences ne portent jamais sur le VIH.

Nenpòt zanmi an relasyon yo dwe gen limite. Relasyon ak anpil zanmi trè limite. Mwen ka alèz moun nan m pale avè l, m bay blag avè l, m mange avè l, konsa tou mwen ka fè l konfyans. Men an reyalye sa ki konsènen sante mwen, ke m enfekte, y opa okouran de sa. Yo ka okouran men se mwen ki pral di yo sa. Men moun ki pou okouran ki gen maladi a menm jan avè mki zanmi m ke m rankontre nan sant la. Y ap viv menm sitiasyon an mwen paka kache yo sètèn chòz donk yo konnen l men zanmi bò lakay mwen pa okouran de sa. Nou patage sa ki rete nan limit zanmitay. Kanmenm yo pa fanmi m, nou paka ale pi lwen ke kad zanmi an (Junior, 19 ans).

[Dans une relation amicale, les amis doivent avoir leur limite. Pour moi, les relations avec les amis sont très limitées. Je peux être à l'aise pour parler avec la personne, pour manger, je peux même lui faire confiance en lui prêtant de l'argent. Cependant, en ce qui concerne ma santé, mon statut sérologique, ils ne sont pas au courant. Ils peuvent être au courant, mais ce n'est pas moi qui le leur dirai. Mais les personnes qui vivent la même situation que moi, et que j'ai rencontrées au centre, je ne peux pas le leur cacher. De toute manière, ils ne sont pas ma famille, nous ne pouvons pas aller plus loin que le cadre amical].

Mwen gen yon sèl zanmi [...] lè nou ansanm se de inite a nou pale lòt blag paske se lè m avèk li mwen ri paske lèm lakay mwen pa bay blag ak pesonn. Sòf si map gade yon film epi li bèl, mwen ka ri (Anne, 20 ans).

[Je n'ai qu'une seule amie. Quand nous sommes ensemble, nous parlons de notre unité de jeunesse à l'église et nous donnons des blagues. Quand je suis avec elle, je suis vraiment contente. À la maison, je n'ai personne avec qui je peux plaisanter, sauf si je regarde un film intéressant].

Les amis, des compagnons de jeu : nous sommes des amis, nous jouons souvent ensemble et nous nous amusons

Au début de l'adolescence, les relations entre adolescents se résument essentiellement à des activités de jeu. Le jeu est le moyen privilégié par les jeunes d'entrer en contact, de développer une relation d'amitié avec leurs pairs et de nouer des liens d'intimité. Cependant, même si le jeu se révèle une activité aussi nécessaire et importante pour les garçons que pour les filles, des garçons dont Oscar (16ans) et Harry (16ans) semblent lui consacrer beaucoup plus de temps et ont besoin davantage de leurs pairs comme compagnons de jeu.

Avèk zanmi m yo, mwen jwe boul, yo pa okouran de anyen (Oscar, 16 ans).

[Avec mes amis, je joue au ballon, mais ils ne savent rien de mon statut sérologique].

Mwen gen zanmi pou m pale men m pa gen zanmi pou mache. Ak zanmi yo, nou konn ap bay blag (Harry, 16 ans).

[J'ai des amis pour parler, mais je n'ai pas d'amis pour qu'on se promène].

Tout comme leurs cadets, les adolescents âgés de 17 à 20 ans accordent une grande importance à leurs pairs en tant que compagnons de jeu. Ils réfèrent à une panoplie de jeux qui leur permettent de se divertir et de s'amuser ensemble. Même à ce stade, les garçons dont Sauveur (19 ans) et Bruno (17 ans) affirment davantage leur intérêt pour ce rôle.

Byen, men sèlman y opa okouran de anyen, se sèlman nou zanmi, nou jwe, nou amize n ansanm (Sauveur, 19 ans).

[Les relations avec les amis sont bonnes. Nous sommes des amis, nous jouons souvent ensemble et nous nous amusons. Seulement, ils ne sont au courant de rien en ce qui concerne mon statut sérologique].

Nou viv byen, pafwa nou konn jwe kat, jwe domino, anpil jwet. Genyen ki gen mennaj, yo konn mande m si m pa genyen, mwen di non. Nou pa janm pale de viris SIDA a. nou pa pale de lanmou de seksyalite ditou, mwen konnen mwen malad mwen resiye m. Mwen pa gen zanmi, mwen jwe boul, bay blag ak tigason e tifi. Pafwa mwen konn ap jwe, mwen pè pou m pa blese, pou y opa pran ni, yo zanmi m men se pa poutan zanmi profon (Bruno, 17 ans).

[Nous vivons très bien, parfois nous jouons aux cartes, aux dominos, d'autres jeux. Certains ont un partenaire amoureux. Parfois, ils me questionnent sur mes relations amoureuses. Je leur dit toujours que je n'ai pas de partenaire. Nous ne parlons jamais du virus du SIDA; de l'amour et de la sexualité non plus. Je sais que je suis malade, je me résigne avec la maladie. Je n'ai pas d'amis. Je joue au ballon, je plaisante avec les filles comme les garçons. Parfois, je joue avec eux et je crains de ne pas me blesser pour qu'ils ne contractent pas le virus. Ils sont mes amis, mais pas des amis profonds].

Les amies, des confidentes à propos de tout sauf en ce qui concerne le VIH : nous parlons de nos activités scolaires et de ce que nous souhaitons que Dieu réalise pour nous

Si, pour les garçons, les pairs jouent essentiellement un rôle de compagnons de jeu, les filles attribuent quant à elles un rôle de confidentes à leurs amies de même sexe. Comme le

soulignent Nahomie (16 ans) et Immacula (15 ans), les filles partagent entre elles des idées personnelles, des projets d'avenir, des sujets spirituels et religieux ou alors elles discutent simplement de leurs activités scolaires.

Nou pale bon plis zanmi m genyen se zanmi legliz, nou pale tout bagay espirituel, avèk ti bezwen nou konn genyen, lè yon bagay rive nou, nou pale. Men afè de maladi, bezwen tankou sa nou ta renmen bondye fè pou nou (Nahomie, 16 ans).

[Les personnes avec lesquelles je suis en amitié, sont des gens de l'église, nous parlons des choses spirituelles, de nos besoins et des choses qui nous arrivent dans la vie.].

Ak zanmi yo, nou konn pale de zafè lekòl, si ti gason ap pale avèk nou, nou joue yo (Immacula, 15 ans).

[Avec mes amies, nous parlons des choses relatives à l'école. Si un garçon nous parle, nous l'injurons].

Les amis, des conseillers en ce qui a trait à l'amour et à la sexualité : nous parlons de ce que nous devons faire pour nous protéger lors des rapports sexuels

La sexualité est une dimension centrale à l'adolescence. Ainsi, à cette période, les pairs jouent un rôle de conseillers les uns pour les autres, surtout dans le cas où ils vivent une situation pour laquelle l'avis d'un pair plus expérimenté est nécessaire. Cependant, les adolescents et adolescentes âgés de 17 à 20 ans sont plus concernés par les sujets relatifs à l'amour et la sexualité. À ce propos, Alain (18 ans) relate qu'il reçoit des conseils de ses amis sur le type de filles qu'il doit fréquenter. Il raconte que ses amis le mettent surtout en garde contre certaines filles infectées par le VIH/SIDA et qui pourraient chercher à contaminer d'autres personnes. Quant à elle, Natacha (17 ans) affirme avoir une seule amie intime et sollicite les conseils de celle-ci sur les garçons qui lui font la cour. Jacques (17 ans), en parlant de l'amour et de la sexualité avec ses amis, adopte une attitude critique face à ces derniers, surtout quand ils font référence à leurs pratiques sexuelles. Jacques apprend à ceux qui ont, selon ses propos, « l'esprit vagabond », à se protéger lors des rapports sexuels contre les maladies sexuellement transmissibles. De son côté, Farah (17 ans) discute avec ses amies de sexualité en mettant l'accent sur la protection sexuelle et la planification de l'avenir. Junior (19 ans) parle surtout de relations amoureuses avec ses amis et moins de la sexualité, du fait qu'il n'a pas encore fait l'expérience.

Avèk zanmi m yo, se yo menm ki konn ap banm konsèy de medam yo ki deyò a. yo konn di m gen de medam se pou lajan yo renmen nèg, gen se pou afeksyon. Genyen ladan yo ki gen viris la nan san yo, ki bezwen transmèt li sou yon lòt moun (Alain, 18 ans).

[Mes amis me conseillent sur les filles du quartier. Ils me disent que certaines filles font l'amour pour de l'argent, et d'autres par pur amour. En outre, certaines de ces filles sont porteuses du VIH et chercheraient à infecter d'autres personnes].

[...]Kòm mwen konn gen moun kap koutize m, mwen konn rele l, mwen di l men kijan sa ye, men tel moun kap koutize m, mwen konn mande l konsèy, yon sèl bon zanmi m genyen (Natacha, 17 ans).

[Comme j'ai des gens qui me font la cour, je partage cette information avec ma meilleure amie et souvent elle me conseille sur ce que je dois faire].

[...] Nou konn ouvè sijè sou lanmou ak seksyalite, men lèm santi gen yon youn nan yo ki gen lespri vagabondaj nan yo, pa ex, kap pale de sitiyasyon ke li konn al nan relasyon. Déjà, mwen toujou mete sa nan tèt yo pou yo pwoteje tèt yo lè y al nan relasyon. Se pi meyè fason pou ou pa pran nan maladi seksyelman transmisib yo (Jacques, 17 ans).

[Avec mes amis, j'ai l'habitude d'aborder le sujet relatif à l'amour et de la sexualité. Mais quand je sens que quelques-uns d'entre eux ont un esprit vagabond, parlant de leurs aventures sexuelles, je leur conseille de se protéger. Car, l'usage du préservatif est la meilleure façon d'éviter des maladies sexuellement transmissibles].

[...] Ak zanmi sa yo nou konn pale sou seksyalite ak lanmou. Nou konn pale sitou de kijan pou nou pwoteje tèt nou, sa pou nou fè pou avni nou demen (Farah, 17 ans).

[Avec mes amis, je parle d'habitude de l'amour et de la sexualité. Nous parlons surtout comment nous protéger lors des relations sexuelles et ce que nous devons faire pour notre avenir].

Si yon sijè pran konsa mwen ka di pandan m nan lari a mwen te wè yon bèl ti dam, oubyen nan zòn lakay la nou ka wè yon moun kip a mal epi tou nou ka patage ide (Junior, 19 ans).

[Si, entre amis un sujet se soulève au sujet de l'amour et la sexualité, je peux parler d'une belle fille que j'aurais rencontrée dans la rue ou dans notre zone. Ce, juste pour partager des idées].

Les filles âgées de 17 à 20 ans ont de quoi partager avec leurs amies puisqu'à cette étape, elles ont commencé à faire des sorties à caractère amoureux. Après les sorties, elles se

retrouvent entre amies pour parler et exprimer leurs sentiments, comme en témoigne Olga (19ans).

Tankou lè yo soti avèk yon moun, yo vin esplike men sa m fè, mwen menm tou mwen di men sa ki pase (Olga, 19 ans).

[Quand mes amies font une sortie amoureuse, elles viennent me raconter le déroulement de l'évènement. Je fais pareil quand cela arrive].

4.3.2 Le partage des ressources, la solidarité des liens d'amitié à travers la sécurité matérielle offerte par les amis : ce sont mes amies qui cotisent pour payer mon écolage

En plus des rôles de compagnons de jeu, de confidentes et de conseillers, les pairs peuvent offrir exceptionnellement une sécurité matérielle pouvant se substituer à la famille. Les adolescents vivant dans une nouvelle famille sont plus que les autres exposés à vivre dans des conditions précaires, surtout sur le plan économique. Ainsi, la sécurité matérielle que les parents devraient fournir est dans une certaine mesure désormais prodiguée par les amis. Roselaine (18 ans) vit dans une famille élargie, et après la mort de sa mère, puis de son grand-père, sa tante commençait à lui faire des misères. Elle n'arrivait même plus à payer ses frais de scolarité. Informées de sa situation au sein de sa famille, ses amies non au courant de son statut infectieux s'organisaient pour payer ses frais scolaires, et ce, depuis environ deux ans. Expulsée de la maison par ses proches, elle est par la suite hébergée chez la tante d'une amie.

Zanmi m tout lè m tap viv ansan m avèk matant mwen, zanmi m yo te vin konnen kòman matant mwen ap reyaji avèk mwen, yo te toujou ap banm sipò nan tout bagay men yo pa janm konnen si mwen malad yo tèlman sipòte m, depi nan 3em mwen nan segond se yo menm ki met tèt ansanm pou yo peye lekòl. [...] (Roselaine, 18 ans).

[Au moment où je vivais avec ma tante, mes amis étaient au courant de son comportement à mon endroit. Ils me donnaient du soutien, mais ils n'ont jamais su que je suis infecté par le VIH. Ils cotisaient pour payer mon écolage].

4.3.3 Le VIH, une affaire personnelle du domaine du privé : un frein au développement de l'intimité

Le VIH, comme l'ont fait remarquer certains participants, relève du domaine privé. Il semble donc freiner le développement de l'intimité, à savoir la peur d'être rejeté et celle que

l'information relative au statut infectieux soit divulguée à des tiers. L'une des raisons majeures formulées par les adolescents expliquant le fait de ne pas pouvoir partager l'information relative à leur statut infectieux avec les amis, est pour bon nombre une affaire intime et personnelle. Ces adolescents ont utilisé deux termes de la langue créole pour parler d'intimité, à savoir «*prive*» (privé) et «*afê m*» (affaires personnelles). Ils utilisent également parfois le même terme français intimité (entimite). Même si les amis sont considérés comme des compagnons de jeu, des confidents, des conseillers, il est presque hors de question pour un adolescent infecté au VIH de partager cette réalité avec eux. D'ailleurs, vivre avec ce secret, et vouloir le partager avec ses amis sans connaître leur réaction, porte ces adolescents à éviter toute relation de proximité et d'intimité. C'est ce qui ressort des extraits de Rosemond (19 ans), Rosette (17 ans) et de Jacques (17 ans).

Relasyon yo trè byen, mwen pa janm pale yo de vi prive m, okenn zanmi m pa okouran de anyen (Rosemond, 19 ans).

[Nos relations sont très bonnes, cependant, je ne leur parle jamais de ma vie privée. Ils ne savent rien de moi].

Mwen gen bon zanmi men mwen pa janm esplike l afèm, mwen pa gen okenn zanmi ki konn afè m, nou pale lòt pawòl men pa pawòl maladi ya (Rosette, 17 ans).

[J'ai de bons amis, mais je ne leur ai jamais expliqué mes affaires. Aucun n'est au courant de mes affaires. Nous parlons de tout, à l'exception de ma maladie].

Nou kominike, nou pale san ke yo pa jann konnen kem enfekte. Yo bon zanmi m men sa pa vle di pou yo konnen [...] (Jacques, 17 ans).

[Avec les amis, je communique sans qu'ils soient au courant de mon statut sérologique. Ils sont mes meilleurs amis, cela ne veut pas dire qu'ils doivent être au courant].

Les participants des 17-20 ans semblent plus conscients du fait que la gestion de la divulgation de leur statut infectieux avec les amis leur appartient, contrairement aux plus jeunes pour qui la responsabilité d'informer la personne de leur choix revient aux tuteurs. Comme l'ont souligné Alain (18 ans) et Jacob (17 ans), ils choisissent le plus souvent de vivre avec leur secret au lieu de le partager avec une autre personne et ce, même s'il s'agit d'un ami d'enfance. Dans un même ordre d'idées, Farah (17 ans) raconte qu'avec toutes ses

amies, elle entretient une relation comparable à une sœur. Pourtant, elles ne sont pas au courant de son statut infectieux. Marie-Yves (19 ans), présente le sujet du VIH dans la conversation avec ses amis afin de tester leurs attitudes à cet égard. Par contre, elle ne laisse filtrer aucune information relative à situation. Frantz (19 ans), pour sa part, raconte qu'il se sent à l'aise pour discuter ouvertement de tout avec ses amis de sexe masculin et aborde le sujet sous l'angle du dépistage au VIH. Pour ses amis, il n'est pas question de se faire dépister, car un résultat positif précipiterait leur mort. Par ailleurs, Adline et Wislande ont développé des infections opportunistes; craignant de se laisser découvrir par un tiers comme des personnes infectées par le VIH, elles préfèrent mentir pour masquer la réalité.

M gen zanmi, nou viv trè byen, men yo pa konn si m enfekte de maladi a se mwen ki pou ta di yo menm pap di yo sa (Jacob, 17 ans).

[Mes relations avec mes amis sont très bonnes. Mais ils ne sont pas au courant si je suis infecté. Je suis le seul à pouvoir les en informer, pourtant, je ne le leur dirai jamais].

Relasyon m trè byen ak zanmi m, yopa konnen si map viv ak viris la. Nou viv byen, si gen yon pwoblèm nou chita antre nou pou nou diskite kisa kif è nou plezi kisa kipa fè nou plezi. [...] map viv avè yo depi m piti, mwen kwè yon jou yap vin konnen men mwen poko disponib pou m di yo sa (Alain, 18 ans).

[J'ai de très bonnes relations avec mes amis, mais ils ne savent pas si je vis avec le virus. Nous vivons très bien, s'il y a un problème on discute afin de le résoudre. Ils sont des amis d'enfance. Je crois qu'un jour ils le sauront, mais je ne suis pas encore disposé à me dévoiler].

Tout zanmi mwen genyen yo nou alèz, se kòm sete sè m. nou toujou ap pale de SIDA men y opa konnen si mwen enfekte [...] (Farah, 17 ans).

[Je vis avec mes amis comme des sœurs. Nous parlons toujours du VIH, mais elles ne savent pas que je suis infectée].

Mwen gen bon relasyon ak zanmi m yo men yo pa okouran ke m malad. Men mwen konn eseye pale de VIH/SIDA pou m wè koman y ap reyaji, mwen wè yo reyaji pozitivman, men yo pa konnen reyalyte pa m (Marie-Yves, 19 ans).

[J'ai de bonnes relations avec mes amis. Cependant, ils ne sont pas au courant de mon statut sérologique. J'ai tenté de parler du VIH/SIDA avec mes amis pour voir leurs réactions, je constate qu'ils réagissent positivement. Cependant, ils ne sont pas au courant de mon statut sérologique].

Mwen gen anpil zanmi, mwen konn pale de VIH san yopa konnen ke m enfekte nou konn toujou pale sou seksyalite, nou trè alèz gen nan yo ki konn di y opa bezwen fè tès paske si yo konnen yap tou mouri. [...] (Frantz, 19 ans).

[J'ai beaucoup d'amis, je parle du VIH avec eux sans qu'ils soient au courant de mon statut sérologique. Nous avons l'habitude de parler de la sexualité. Nous sommes très à l'aise. Certains d'entre eux refusent de faire le test, car selon eux, s'ils le savent, ils mourront prématurément].

Mwen byen avè yo men yopa janm konnen si mwen enfekte, sèlman lè yo wè tach yo sou po m nan, yo di sak fè gen tach sou po ou konsa, mwen di yo mwen alèzi avèk maringwin, men mwen pa janm di yo si mwen enfekte. [...] (Adline, 17 ans).

[Avec mes amis, j'ai de bonnes relations, mais ils ne sont pas au courant de mon statut sérologique. Cependant, quand ils voient des boutons sur mon corps, ils me posent des questions. Je leur ai répondu que je suis allergique aux moustiques].

Relasyon m avèk zanmi m yo trè byen, zanmi m yo konnen men yo pa kwè, se pa mwen ki di yo sa, akòz de bouton ki sou kòm yo avèk yon bagay ki te pete nan bouch mwen, yo konnen sa men yo pa kwè, se pa mwen ki di yo sa, depi bouch ou pete ou malad bò lakay la, yo konn se maladi ya ou genyen, mwen pap janm di sa ak okenn moun (Wislande, 15ans).

[J'ai de très bonnes relations avec mes amis. À cause des boutons sur mon corps, et des éruptions cutanées au niveau de ma bouche, ils pensent que je suis infecté sans que je leur aie rien dit. Dans ma zone de résidence, dès que quelqu'un a des boutons sur la bouche, les gens pensent au VIH. Pourtant, je ne dirai rien à propos de mon statut sérologique à personne].

Par ailleurs, Adline (17 ans) ne partage pas l'information relative à son statut sérologique avec ses amis par peur que ces derniers ne lui adressent plus la parole. De son côté, Immacula (15 ans) se dit avoir beaucoup d'amis. Mais, elle craint que ces derniers la critiquent si elles devaient être mise au courant de son statut. Étant donné qu'elle a peur de la critique de ses pairs, elle s'organise pour taire sa situation.

Ak zanmi m yo nou viv trè byen, men yopa janm konnen si m enfekte. Mwen toujou ap panse si y o ta konn mwen enfekte, yo pap pale avèk mwen ankò paske yo pretansye [...] (Adline, 17 ans).

[Avec mes amis, nous avons de très bonnes relations. Mais, ils ne savent pas si je suis infecté. Je pense que s'ils le savaient, ils ne me parleraient plus parce qu'ils sont prétentieux].

Mwen chaje zanmi, relasyon m avèk yo trè byen men mwen pran prekosyon avèk yo, menm si yo pa konnen, si yo konnen yo ka kritike m (Immacula, 15 ans).

[J'ai beaucoup d'amis, mes relations avec eux sont très bonnes. Même s'ils ne sont pas au courant de mon statut sérologique, je prends des précautions avec eux. Car, je pense s'ils étaient informés, ils me critiqueraient].

De leur côté, Josette (18 ans), Olga (19 ans), Pierre (18 ans) et Suze (17 ans) soulèvent la question relative à la capacité de leurs pairs à garder la confidentialité. Ils mentionnent que s'ils partagent l'information relative à leur statut infectieux à leurs amis, ces derniers auraient tendance à la colporter, ce qu'ils ne souhaiteraient pas. Conscients de ce trait de caractère négatif chez certains de leurs amis, ils préfèrent garder le secret pour ne pas être stigmatisés.

Mwen gen anpil zanmi, mwen pa pale tout bagay ak zanmi paske genyen ki gen bouch allele, si w di yo yon bagay yap rele yon lòt pou yo di li, kounyè a tout bagay pwal nan lari. Nou pale bagay lekòl (Josette, 18 ans).

[J'ai beaucoup d'amis. Cependant, je n'aborde pas tous les sujets avec eux parce que certains parlent trop facilement des affaires des autres. Je ne parle que des choses relatives aux activités scolaires].

Mwen gen anpil zanmi, men pa gen youn ki konnen, nou pale de zafè zanmi. Ayisyen yan li gen yon mantalite depi li ka tandè ou fè maladi ya kounye ya li pwal fè moun, e menm lè se zanmi ou li ye. Manman m te toujou di m sa, vre zanmi yan se manman ou, menm papa w li pa vrè zanmi ou (Olga, 19 ans).

[J'ai beaucoup d'amis. Cependant, aucun n'est au courant de mon statut sérologique. Nous parlons des choses d'amis. Certains ont une mentalité dès qu'ils sont au courant, ils iront colporter l'information à d'autres personnes. Ma mère me dit toujours qu'elle est mon unique amie. Et que même mon père ne peut être vraiment mon ami].

Mwen pa gen zanmi. Manman m di piga nou fè zanmi pafwa gen moun lè w fè zanmi avèk yo se nan tripotaj yo lage w, se poutèt sa manman m pa vle m fè zanmi. Lè w gen zanmi li bon men gen kote zanmi an ka mete w nan sak pa sa. [...] (Pierre, 18 ans).

[Je n'ai pas d'amis, ma mère m'en interdit. Elle me dit que c'est bon d'avoir des amis, mais parfois ils peuvent t'amener à avoir des disputes avec les autres et à t'initier dans des affaires illégales].

[...] Mwen pa gen zanmi paske tati pa vle, li di jan peyi an ye a, ou pa gen manman ou pa gen papa, ou pa konn ki jan de moun wap rankontre (Suze, 17 ans).

[Ma tante ne veut pas à ce que j'aie d'amis. Elle m'a dit que dans la situation dans laquelle ce pays se trouve, je n'ai ni mère ni père, et je ne sais pas quel genre de rencontre je vais faire. Par conséquent, il serait mieux d'éviter de me faire d'amis].

4.3.4 Le partage de l'information relative à son statut sérologique, une intrusion dans ses affaires personnelles : ma mère ne voulait que je n'en parle à personne

Entre des injonctions parentales et se lier dans une relation d'intimité avec les pairs, un certain nombre d'adolescents établissent des limites dans leurs relations amicales. Ainsi, Ils ont adopté des principes comportementaux dans leur relation interpersonnelle et ont même établi la différence entre une relation amicale, une relation familiale et ses affaires personnelles. À ce propos, certains adolescents font état de certaines injonctions parentales dont le but serait de les empêcher de se lier d'amitié avec leurs pairs, par crainte qu'ils ne partagent l'information relative à leur statut infectieux et à celui de leurs parents. Nathalie (17 ans) a vécu une situation au cours de laquelle elle a été contrainte de dévoiler son statut sérologique à sa meilleure amie. Cette amie en fouillant dans sa valise a trouvé le papier contenant le résultat de son test au VIH et l'a lu à son insu. Nathalie n'ayant pas approuvé le comportement de son amie s'est mise en colère contre celle-ci et semble n'avoir pas eu d'autre choix que de dévoiler son statut infectieux malgré les interdictions de sa mère. Ainsi, ce secret partagé avec son amie a permis de sceller leur amitié et elles sont devenues plus intimes.

Mwen gen yon zanmi ki te wè papye ki rezilta tès VIH mwen epi li rale l nan men m, mwen te fache, mwen prann nan menn epi m dechire l, li mande m pou kisa m chire l al, mwen di l pou anyen, li di m kache l yon bagay. Li di m si w se zanmi m nou zanmi depi tou piti, si w gen yon bagay wap kache fò w mete m alèz. Mwen di l an parabòl si w ta gen yon zanmi w, ou aprann ke li gen VIH ki reyaksyon w. li di m poutan, map remonte moral li map bal konsèy, maladi pa konn kache. Epi mwen tou di li. Mwen m ki zanmi, mwen gen SIDA, li sezi epi li mande m si manman genyen ni, mwen di l wi. Epi sa rete an sekre antrè nou, men manman m pat janm vle pou m di lot moun. Se sèl zanmi sa a mwen genyen men lòt zanmi lekòl mwen pa okouran de sa (Nathalie, 17 ans).

[J'ai une amie qui avait vu le papier sur lequel était inscrit le résultat de mon test au VIH. Elle l'a tiré dans ma main, je me suis fâché. Puis, je l'ai repris et je l'ai déchiré. Elle m'a demandé pourquoi une telle réaction, je lui ai dit pour rien. Elle insiste en disant que je lui cache quelque chose. Elle continue, pour me rappeler que nous sommes des amis depuis notre enfance, qu'il serait important qu'on puisse se parler sans cachotterie. Puis je lui ai dit en parabole : « quelle serait ta réaction si tu étais au

courant qu'un de tes amis serait infecté par le VIH? » Elle me répond : « je lui remonterais le moral et je le lui fournirais du conseil, car les maladies ne devraient pas être cachées. » Je lui ai mis au courant en disant : « moi qui suis ton amie, je suis infecté par le virus. » Elle a été surprise. Puis elle me demande si ma mère est infectée elle aussi. Cela devient un secret entre nous. Mais ma mère voulait que je ne le dise à personne. Elle est la seule à être au courant].

Ce second volet a présenté le développement des relations intimes entre les participants et leurs pairs. Ces relations constituent une transition vers une autonomie par rapport au lien avec la famille et les préparent à une liaison intime avec un partenaire amoureux et sexuel. Cependant, la famille dans son rôle protecteur tente d'empêcher tout lien amical entre l'adolescent et ses pairs par diverses injonctions telles ne pas se fier aux amis, éviter les amis comme la peste, seule sa mère doit être un ami, etc. Cette stratégie semble ne pas porter fruit puisque, d'une part, le besoin de se faire des amis est inhérent à l'adolescence et que, d'autre part, ces jeunes étant devenus moins dépendants de leurs tuteurs, ils peuvent plus ou moins circuler librement et rester seuls. L'intimité avec les pairs se développe d'abord par un lien d'amitié. Ce lien évolue à travers le jeu, représentant l'aimant ou la force qui attire les jeunes pour se regrouper sans aucun lien au préalable. L'habitude de se rencontrer dans des endroits tels que la zone de résidence, l'école, l'église ou tout autre endroit, semble faire naître ou renforcer le lien d'amitié entre les jeunes. Au fil du temps, ce lien d'amitié évolue et confère aux pairs un rôle de confident et de conseiller. Cependant, ces confidences et conseils portent sur l'amour et la sexualité, mais jamais le sujet de l'infection ne semble être abordé. L'infection au VIH constitue pour les adolescents à l'étude une affaire personnelle du domaine du privé, un frein au développement de leur intimité avec leurs pairs.

4.4 Le développement de l'intimité avec les partenaires amoureux et sexuels

L'intérêt pour les relations amoureuses et sexuelles émerge à l'adolescence. D'ailleurs, l'appartenance à un groupe d'amis renforce cet intérêt et facilite l'expérimentation des relations amoureuses et sexuelles. Ces relations dans le processus du développement normal de l'intimité vont évoluer en une liaison intime avec un partenaire amoureux. Par contre, l'adolescent infecté au VIH depuis la naissance semble suivre une trajectoire relationnelle différente de celle des adolescents qui ne vivent pas avec le VIH. Ainsi, les adolescents à

l'étude semblent avoir de la difficulté à se lier dans une relation d'intimité avec un partenaire amoureux et sexuel. Pour ce faire, ils utilisent toutes sortes de stratégies pour mettre en veilleuse les relations amoureuses et sexuelles ou ils entretiennent des relations sexuelles sans grand espoir d'un lendemain.

4.4.1 L'impossible intimité: au pire le rejet et exceptionnellement le partage

Ce dernier volet de l'analyse des résultats illustre le développement de l'intimité à travers les liaisons amoureuses et sexuelles. Pour certains, l'intimité avec un partenaire est un projet mis en veilleuse, bien qu'ils expriment un besoin de séduire. Par contre, pour d'autres les premières relations amoureuses et sexuelles se vivent le plus souvent sans engagement personnel avec un ami. Dans de tels contextes, l'intimité qui semble être pour la majorité impossible se heurte à la méfiance vis-à-vis des autres et à la difficulté de partager l'information relative à son statut sérologique avec son amoureux.

4.4.1.1 Les relations amoureuses mises en veilleuse : attendre d'être prêt pour se lier dans une relation amoureuse

Pour se protéger d'un rejet, une majorité d'adolescents a choisi de mettre en veilleuse les liaisons amoureuses pour diverses raisons. Les raisons les plus souvent citées sont de terminer leurs études classiques, ne pas vouloir bousculer leurs projets d'avenir, la peur de transmettre le VIH à leur partenaire amoureux ou d'aggraver leur maladie, la peur d'être quitté par leur amoureux et l'interdiction de leurs parents. Ainsi, Marie-Yves (19 ans) évoque le retard scolaire causé par de fréquentes maladies associées au VIH. Sa principale priorité est de terminer ses études avant de se lier en amour. Roselaine (18 ans) et Wilfrid (18 ans) mentionnent également l'importance de terminer leurs études avant toute relation amoureuse.

Mwen poko janm gen menaj mwen ta vle fè sa lèm fini lekòl, m ap fè 7è segondè, mwen an reta pa rapò ak lekòl mwen, mwen gen anpil tan pou n fini lekòl ankò men vo mye ou mize pou w pote bon nouvèl (Marie-Yves, 19 ans).

[Je n'ai jamais eu un partenaire amoureux. Cependant, j'aurais voulu en avoir un après la fin de mes études classiques. Il me reste beaucoup de temps avant de terminer. Un résultat positif vaut mieux que le temps passé].

Non, mwen pata renmen gen mennaj kounye ya, se lèm ta nan yon klas ki pi avanse pou m gen mennaj (Roselaine, 18 ans).

[Pour le moment, je n'aimerais pas avoir un partenaire amoureux. J'aimerais attendre la fin de mes études classiques].

Mwen pa gen mennaj, m pa enterese de sa, sa vle di mwen poko rive nan yon bon nivo lekòl, anplis m poko ap travay, m pa bezwen pran yon lòt responsablite met sou kont mwen. M ta renmen genyenn men loske m ta rive nan yon nivo, men pou kounye ya non (Wilfrid, 18 ans).

[Je n'ai pas de partenaire amoureuse, cela ne m'intéresse pas, du fait que je ne suis pas encore à un niveau scolaire satisfaisant. En plus, je ne travaille pas. Je n'ai pas besoin de plus de responsabilité. Certes, je voudrais en avoir une, mais avant, je dois être à un niveau scolaire supérieur].

Ne pas vouloir bousculer les projets d'avenir : avoir un partenaire amoureux, c'est un projet d'avenir

Par contre, d'autres jeunes placent les relations amoureuses dans le cadre d'un projet d'avenir. En ce sens, ils donnent la priorité à d'autres activités à réaliser au lieu de s'engager dans une liaison. Junior (19 ans), qui rêve d'avoir un foyer et des enfants, ne songe pas à une liaison pour le moment. Quant à Pierre (18 ans), il n'a pas encore connu de partenaires amoureuses, mais il aimerait bien en avoir une dans le futur.

Menmpanse menaj la se yon pwojè ki ap vini. Men rèv mwen depi lontan se gen yon fwaye e mwen te reve anpil pitit la pa bon. Se yon bagay mwen ta byen renmen genyen men se pa priorite m, si li vini mwen t ap byen resevwa l (Junior, 19 ans).

[Je pense qu'une partenaire amoureuse est un projet d'avenir. Mon rêve depuis longtemps était d'avoir un foyer avec beaucoup d'enfants. En ce qui concerne une partenaire, j'aimerais bien en avoir une, mais ce n'est pas ma priorité.].

Mwen poko janm renmen. Men yon lè petèt mwen ta vle gen yon moun nan vi m. Si m konnen mwen déjà gen viris sida a mwen pa ta vle ap chèche gen plisye fi mwen ta dwe pran yon sèl, mwen dwe pran prekosyon (Pierre, 18 ans).

[Je n'ai jamais eu de partenaire amoureuse. Peut-être dans l'avenir, j'aurais voulu en avoir une. Je sais déjà que je suis infecté par le VIH, je ne voudrais pas avoir plusieurs partenaires, mais je dois faire un choix, et prendre des précautions].

Certains adolescents se considèrent trop jeunes pour être en relation. Par conséquent, ils fixent un âge duquel ils pourront se lier en amour. Nathalie (17 ans) attend ses dix-huit ans,

alors que Rosette (17 ans) attend ses vingt-deux ans comme convenu avec son père avant de se lier en amour. De leur côté, Lovinsky (15 ans), Hérold (15 ans) et Jacques (17 ans) attendent d'être plus matures, sans fixer d'âge.

Mwen ta renmen gen yon mennaj men nan stad mwen ye kounye la, mwen poko pre, lè yo majè se a 18 tan, sa pa vle di ke m ka fè mennaj. Si mal fè mennaj kounye a map gache avni m (Nathalie, 17 ans).

[J'aimerais avoir un partenaire amoureux, au stade où je suis actuellement, je ne suis pas prête. On est majeur à 18 ans et cela ne veut pas dire que je puisse avoir un partenaire amoureux. Si je le fais maintenant, je gâcherai mon avenir].

Non, li pa difisil, paske a laj papa m di m nan, mwen kenbe la toujou, map tann laj la, li dim 20 tan, mwen gen moun kap pale avèk mwen (Rosette, 17 ans).

[Il y a des gens qui me font la cour, donc il n'est pas difficile de trouver un partenaire. Mais, J'attends l'âge de 20 ans que mon père m'a proposés avant de me lier en amour].

Non, map tann mwen yon tijan plis aje pou m te ka genyen (Lovinsky, 15 ans).

[J'attends que je sois plus âgé pour avoir une partenaire amoureuse].

Non, passe map tann lè m majè (Hérold, 15 ans).

[J'attends que je sois majeur].

Mwen panse gen yon laj mwen ka rive, mwen ka genyen ni, men nan laj mwen ye la a mwen pa ta vle genyen ni (Jacques, 17 ans).

[Je pense qu'à un certain âge, il serait possible que je me lie en amour. Mais pour le moment, je ne veux pas avoir de partenaire].

La peur de transmettre le VIH à son partenaire ou d'aggraver sa maladie : je ne veux pas faire de mal, ça serait un abus ; si je le fais, la maladie va s'aggraver

Certains adolescents font directement référence au VIH pour expliquer leur réticence à se lier avec un partenaire amoureux. Ils expriment leurs préoccupations relatives aux risques potentiels d'infecter leur partenaire amoureux. En ce sens, Jacob (17 ans) et Bruno (17 ans) craignent de transmettre la maladie à leur partenaire ou ne veulent tout simplement pas faire de mal. Quant à Josette (18 ans), se lier en amour et initier des relations sexuelles, constitue

pour elle un risque d'aggraver sa maladie. Enfin, pour Roselaine (18 ans), une relation amoureuse implique le partage de son secret avec un partenaire. Si ce partage se révélait difficile ou impossible, elle préfère vivre toute seule. Elle soulève deux problèmes fondamentaux pour vivre une relation dans laquelle où le partenaire ne serait pas informé de son statut. Tout d'abord la discrétion vis-à-vis de son partenaire (c'est-à-dire vivre avec un secret et ne pas pouvoir le partager avec ce partenaire) et la protection sexuelle (ne pas en parler au partenaire empêcherait tout moyen de protection). La première ne la disposerait pas à s'ouvrir au partenaire et la seconde mettrait ce dernier en danger puisqu'ils ne se protégeraient pas de toute évidence.

Li difisil anpil pou m ta gen yon mennaj paske m pwal wè m a maladi ya nan san m lè fini si m al gen mennaj la, li ka jwenn malady ya (Jacob, 17 ans).

[Il est très difficile pour moi d'avoir une partenaire amoureuse, parce que je peux lui transmettre la maladie].

Wi, mwen pa vle fè mal sak fè mwen pa vle angaje m nan sa (Bruno, 17 ans).

[Je ne veux pas faire de mal, c'est à cause de cela que je ne veux pas m'en engager dans les relations amoureuses].

Li difficile, paske li pwal vle fè seks, e mwen pap vle epi si m fè sa maladie a pwa l plis nan mwen (Josette, 18 ans).

[Il est difficile parce qu'il va vouloir entrer en relations sexuelles. Je ne voudrai pas et si je le fais la maladie va s'aggraver].

Pou mwen li difisil paske fò m ta ka di l sa anvan, se paske m gen viris la menn ke m pa vle genyen ni, mwen paka pou map viv avèk yon maladi pou m pa janm di moun sa loske ou gen yon mennaj fòk ke ou aksepte tout sa moun nan vle men pandan ke w gen mennaj la wap panse a maladi ya, ou di eske w pwal aksepte fè tout sa moun nan mande m san ke pou pa pwoteje moun sa a.[...] (Roselaine, 18 ans).

[En ce qui me concerne, il est difficile de me lier avec un partenaire parce qu'il me faudrait avant tout me dévoiler à la personne. C'est parce que j'ai le virus que je ne veux pas avoir de partenaire amoureux. Je ne peux pas vivre avec une maladie et ne jamais le dire à la personne et quand on a un partenaire, on doit accepter tout ce que la personne veut. Et pendant ce moment, tu penses à la maladie, tu te dis si tu vas tout accepter sans protéger la personne].

La peur d'être quitté par son amoureux : si je lui dis que je suis infectée, il me quittera.

D'autres jeunes, dont Immacula (15 ans) et Nathalie (17 ans), mentionnent ne pas vouloir se lier d'amour par crainte d'être quittées si ce partenaire apprenait qu'elles vivent avec le VIH.

Li difficile empile, passe si m di l m genyen n, li ka quitte m (Immacula, 15 ans).

[Il est très difficile de me lier avec un partenaire amoureux, parce que si je lui dis que je suis infecté, il me quittera].

Wi, si m gen yon patnè avèk mwen gen VIH mwen pa wè koman m pwal di l mwen gen VIH. Lè l vin aprann ke m genyen n li ka kite m oubyen si konsa m te gentan nan kontak seksyèl avè l li vin genyen n tou, li te ka tiye tèt li (Nathalie, 17 ans).

[Si j'ai un partenaire amoureux, le fait que je suis infecté par le VIH, je ne vois pas comment je vais le lui dire. Apprenant la nouvelle, il me quittera ou si j'avais eu de relations sexuelles avec lui, il peut se tuer].

Mes parents me l'interdisent : la peur de se faire gronder par ses parents

Natacha (19 ans) révèle que plusieurs garçons qui lui font la cour. Cependant, elle a choisi de rester seule à cause de l'attitude de sa famille. Celle-ci ne serait pas d'accord avec le fait qu'elle se lie en amour, tout au moins pour le moment. Étant donné qu'elle ne veut pas être en conflit avec ses parents, elle préfère s'abstenir de relation amoureuse. Pour Immacula, ses parents l'interdisent clairement à se lier en amour. En outre, elle ne se sent pas prête non plus et a donc choisi de s'abstenir des relations amoureuses et sexuelles.

Mwen poko janm gen mennaj, gen moun kap koutize m men mwen pa gen mennaj. Mwen chwazi pa gen mennaj, paske si paran m ta vin konn sa, yo ka fè bri e mwen renmen tande bri nan tèt mwen (Natacha, 19 ans).

[Je n'ai jamais eu de partenaire amoureux. Cependant, il y a des gens qui me courtisent. J'ai choisi de ne pas en avoir, parce que si mes parents le savent, ils pourraient me gronder, et je n'aime pas cela].

Non, moun lakay mwen pa vle e m poko prè pou sa tou. Mwen pa ta janm renmen genyen, lè m gen 22 zan, lè m fini lekòl (Immacula, 15 ans).

[Mes parents ne veulent pas que j'aie de partenaire amoureux et je ne suis pas prête non plus. Je n'aimerais avoir un partenaire que quand j'aurais 22 ans, et que je termine mes études].

4.4.2 Le besoin de séduire sans risque : j'aime certaines personnes qui me courtisent mais je refuse à cause de la maladie

Par mesure de protection, certains adolescents vont choisir de mettre en veilleuse les relations amoureuses, alors que d'autres vont choisir plutôt de vivre des relations amoureuses pour être confirmés dans leur capacité de plaire et à entretenir une relation sexuelle sans risque tel que, le risque de grossesse, le risque d'infecter son partenaire et le risque d'aggraver sa maladie. En ce sens, les garçons vont tester leurs charmes à travers la séduction et les filles vont se sentir confirmées à travers le regard de l'autre. Les participants à l'étude mentionnent qu'ils sont attirés par les traits physiques ou psychologiques d'un partenaire potentiel. Des adolescentes telles Magalie et Nathalie âgées de 17 ans racontent n'éprouver aucune difficulté à trouver un partenaire. Elles expliquent que des garçons de leur entourage leur font la cour. Magalie pense pour sa part qu'elle peut, si elle le désire, se lier d'amour avec la personne de son choix. Anne (20 ans) est du même avis, cependant elle refuse de s'engager avec quelqu'un à cause de l'infection au VIH.

Non, lipa difficile mwen pa vle genyen. Paske ou gen dwa ap mache konsa ou jwen yon moun pale ak ou epi li vin mennaj ou, li pa difisil mwen pa vle genyen (Magalie, 17 ans).

[Il n'est pas difficile d'avoir un partenaire amoureux, je ne veux tout simplement pas en avoir. Parce que je peux lors d'une promenade, rencontrer quelqu'un qui me courtise, puis il est possible qu'on soit devenus des amoureux. En ce sens, il n'est pas difficile].

Li pa difficile, passe gen empile mound kap pale afèm jan yo pale avèm ou déjà wè mound nan remmène w sa pa vle di mound nan remmène ou toutbon vre (Nathalie, 17 ans).

[Il n'est pas difficile, parce qu'il y a plusieurs personnes qui me courtisent, cela permet de voir que la personne m'aime. Mais, cela ne veut pas dire que c'est un amour réel].

Non mwen poko jan gen sa. Akòz de maladi ya sa pajanm monte nan tèt mwen. Mwen jwenn anpil moun kap pale ansanm avèk mwen. Mwen wè ladan yo ke m renmen, men akòz de maladi mwen pa vle (Anne, 20 ans).

[Je n'en ai jamais eu de partenaire amoureux, à cause de la maladie, cela ne m'a jamais monté à l'esprit. J'ai rencontré des gens qui me courtisent. Certains d'entre eux me plaisent, mais je refuse à cause de la maladie].

Par contre, Jacques (17 ans) s'est prouvé en courtisant des filles, qu'il n'est pas si difficile de trouver une partenaire amoureuse. Certaines ont même répondu à ses avances. Cependant, à cause de son statut infectieux, il a opté pour ne pas s'engager dans une relation.

Li pa difisil, pa ex mwen fè eksperyans la déjà mwen konn eseye pale ak yon moun fason moun nan reponn mwen, mwen wè li pa difisil pou m genyen n. men tou simpleman, mwen di w mwen poko ap genyen n pase m konnen m gen yon maladi nan sanm (Jacques, 17 ans).

[Il n'est pas difficile de se lier avec un partenaire amoureux. J'ai fait l'expérience, j'essaie de faire la cour à une fille, la façon dont elle me répond, je vois qu'il n'est pas difficile. Mais tout simplement, comme je l'ai dit, je ne veux pas en avoir parce que je sais que je suis infecté par le VIH].

Les participants des deux sexes et quelques soit leur tranche d'âge se disent davantage attirés par les apparences physiques de leurs pairs. Certains comme Alain (18 ans), Suze (17 ans), Harry (16 ans), Rosemond (19 ans), Wislande (15 ans) (Farah, 17 ans) et (Olga, 19 ans) affirment être attirés par la beauté extérieure d'un pair.

Bote avec style li, jan li mache, jan li pale tou. Se premye mennaj mwen li ye, mwen te gen 15 zan e li te gen 16 zan (Alain, 18 ans).

[J'aimais sa beauté et son style, sa façon de parler et sa démarche. C'est ma première partenaire amoureuse. J'avais 15 ans et elle en avait 16 ans].

Li se yon jèn menm jan avè m, li gen avni devan n, lap chèche lavi, menmsi manman n ak papa l pa isi li toujou ap di li majè, li pa ka ret sou kont fanmi l, epitou se yon bel tigason, li pa rete sou katye a, mwen te gen 15 zan e se te premye mennaj mwen li te gen 18 tan (Suze, 17 ans).

[Il est un jeune comme moi, il a de l'avenir. Il travaille fort, ce même si sa mère et son père vivent à l'extérieur. Il dit toujours qu'il est majeur et qu'il ne peut pas rester sous la responsabilité de sa famille. Il est un beau garçon, il avait 18 ans et moi j'en avais 15].

Mwen te renmen n net, men manman m pat aksepte, mwen te vin bay vag (Harry, 16 ans).

[Je l'aimais fortement, mais ma mère n'acceptait pas; j'ai dû le quitter].

Mwen te renmen tout bagay, façon li pale, li te toujou chon fè bèl jès avè m (Rosemond, 19 ans).

[J'aimais tout en elle, spécialement sa façon de parler. Elle se comportait très bien à mon endroit].

Mwen renmen lè lap pale paske li konn pale bien epitou li remmène jwè boul, li toutou ap fè yon seri mouvman (Wislande, 15 ans).

[J'aime quand il parle, car il sait bien s'exprimer. Il est un excellent joueur de football].

Sa mwen renmen laky li, se afeksyon n, tolerans li epi lanmou l, sajes li. Mwen te renmen tout. Nou gen 3 zan ansanm (Farah, 17 ans).

[Ce que j'aime en lui, c'est son affection, sa tolérance, son amour et sa sagesse. Nous sommes ensemble depuis trois ans].

Mwen remmène jan l pale, mwen remmène tout li menm nèt. Menm nanm ni m renmen (Olga, 19 ans).

[J'aimais sa façon de parler, j'aimais tout en lui, même son âme].

Par contre, d'autres jeunes tels Frantz (19 ans) et Sauveur (19 ans) affirment leur attirance pour la beauté intérieure et la façon de penser de leur partenaire. Frantz affirme qu'il n'aime pas les filles terre-à-terre et que la beauté extérieure est secondaire par rapport à la beauté intérieure. En plus, il soutient que si la partenaire ne peut pas l'aider à progresser sur le plan intellectuel, il ne pourra pas être même son ami. Sauveur met l'accent, pour sa part, sur la personnalité de sa partenaire.

An jeneral mwen renmen fason ke fi yan panes avan, epi apre mwen pwal vin wè bote eksteryè an, paske sa kin an tèt fi yan très enpòtan pou mwen. Mwen pa renmen moun ki tèratè. Si yon fi paka ede m fè avan mwen pap ka zanmi ou (Frantz, 19 ans).

[Généralement, je suis intéressé par la façon de penser des filles. Je considère la beauté extérieure, parce que ce qui est dans la tête de la fille est très important pour moi. Je n'aime pas les personnes terre-à-terre. Si une fille ne peut pas m'aider à avancer, je ne peux pas être son ami].

Fason n, karaktè l, fason l panse, façon li aji (Sauveur, 19 ans).

[J'aimais son caractère, sa façon de penser et sa façon d'agir].

4.4.3 La proximité sexuelle sans engagement : j'ai eu mes premières relations sexuelles avec une amie

Les participants à l'étude (10/29) affirment avoir vécu leur premier rapport sexuel entre neuf et treize ans. Cependant, il semble qu'il faille établir une différence entre ces premières relations sexuelles et les relations subséquentes, car généralement l'initiation à la sexualité est vécue avec des amis avec qui ils n'éprouvent pas de sentiments amoureux. Certains adolescents ont développé de l'amitié les uns vis-à-vis des autres. Ce lien d'amitié entraîne une proximité physique, qui dans certaines circonstances, se transforme en proximité sexuelle sans liaison amoureuse au préalable. Cette proximité sexuelle se caractérise d'une part, en des activités sexuelles sans engagement de la part des partenaires et, d'autre part, en une protection personnelle à ne pas se lier dans une relation intime. Pour plusieurs garçons, leur première relation amoureuse a débuté par une déclaration amoureuse faite par une fille et ils affirment ne pas vouloir refuser à une fille qui désire entretenir une relation amoureuse avec eux. Ces jeunes ne considèrent pas leur relation comme étant sérieuse du fait qu'ils n'avaient pas fait la cour aux filles.

Mwen te gen yonn, li rete leogàn kounye a, mwen pa al nan relasyon seksyèl avè l sèlman li te di m li renmen m e mwen te aksepte. Li te rete bò lakay mwen, te gen yon pakèt timesye kap pale avè l li, li te di ti frè li ya si m tap renmen ak yon sel ti nèg mwen tap renmen, epi ti frè l la vin dim sa, apre mwen vin byen avèk li, li vin dim sa. Li pi gran pase m li gen 18 tan. Li rete leogàn kounye ya e li toujou rele m (Bruno, 17 ans).

[J'avais une partenaire amoureuse, elle habite en ce moment à Léogane. Je n'ai pas eu de relations sexuelles avec elle; seulement, elle me disait qu'elle m'aimait et j'ai accepté. Elle habitait dans la même zone que moi, là où il y avait beaucoup de jeunes garçons qui lui faisaient la cour. Elle disait à son petit frère qu'elle n'aimait que moi; et celui-ci m'en a mis au courant. Puis, je suis devenu son ami et elle me l'a confirmé. Elle est plus grande que moi, quoiqu'elle n'habite plus la zone, elle m'appelle toujours].

An nou pran mo a nan vre sans li, mwen ka di non, si m pran mo a nan vre sans pwop li, sa vle di lè yo pale de lanmou, mwen wè yon moun ke w pataje ke w entim ansanm avèk li, sa vle di ou pataje de moman avè l, e ou konn fè yon seri bagay avè l ke ou pap fè avè lot moun. [...] jiska presan mwen jwen fi ki pi gran pase m ki ta vle rantre nan relasyon pwofon avè m. ke mwen menm, mwen pap refize. Men mwen gen yon ou de ke m konsidere kòm mennaj mwen. Aktyèlman mwen gen 2, men mwen te genyen yon lòt avan (Frantz, 19 ans).

[Prenons le mot dans son vrai sens, donc je peux répondre par Non. Si je prends le mot partenaire amoureux dans son sens propre, je vois une personne avec qui l'on partage, avec qui l'on est en intimité. Cela signifie qu'on partage des moments et l'on fait une série de choses ensemble que l'on ne peut pas faire avec une autre personne. [...]. Jusqu'à présent, je trouve des filles plus âgées que moi qui voudraient être en relation profonde avec moi. Cependant, j'ai une ou deux filles que je considère comme partenaires amoureuses. En ce moment, j'ai deux partenaires amoureuses, mais avant j'en avais une].

Wi, mwen gen premye mennaj mwen a 14 zan se pa mwen kite renmen n se li ki te renmen m. men si li renmen m, mwen pa rayi l, nou te vin separe paske li te vin soti nan zòn nan. Mwen gen mennaj men mwen pa telman baze avè l. Mwen pa gen plizyè. Lòt mennaj mwen pa telman kwè nan li pase si 2 moun renmen ou paka wè ou pa wè m ou pa wè m. Defwa lè l vin wè m, mwen konn fè lanmou avè l men nou pa janm al nan relasyon seksyèl pou jouk kounye ya (Rosemond, 19 ans).

[J'avais ma première partenaire amoureuse à l'âge de 14 ans; c'est elle qui m'aimait. Si elle m'aimait, je ne pouvais pas la détester. Nous nous sommes séparés parce qu'elle a déménagé pour une autre zone. En ce moment, j'en ai une autre, cependant je ne la considère pas trop. Je ne lui fais pas trop de confiance du fait que si elle me voit ou ne me voit pas, cela ne l'affecte pas. Quand elle vient à la maison, nous faisons l'amour, mais je n'ai jamais eu de relations sexuelles avec elle].

Oscar (16 ans), par exemple, affirme n'avoir jamais eu de partenaire amoureuse et a pourtant eu ses premières relations sexuelles avec une amie. Par ailleurs, Frantz (19 ans), a fait la connaissance d'une fille par le biais d'une amie, et a eu son premier rapport chez lui avec celle-ci sans avoir préalablement l'intention de coucher avec elle. Rosemond (19 ans), de son côté, a été initié par une fille plus âgée que lui, avec laquelle il n'entretenait que des relations amicales.

Wi, mwen fè bagay pou premye fwa a 16 zan, mwen fè sa ak yon tidam ki se zanmi m. Lakay li, li pa konn vin lakay mwen. M pa renmen anyen. Non, mwen pa janm di l anyen (Oscar, 16 ans).

[J'ai fait mes premières relations sexuelles à 16 ans avec une amie. Ces relations ont eu lieu chez elle, elle n'a pas l'habitude de venir chez moi. Je n'avais eu aucun plaisir lors de la relation. Je ne lui avais rien dit à propos du VIH].

Premye rapò seksyèl mwen, mwen fè li 1^e Mas 2007, nòmman se yon zanmi, se pa avèk 2 moun mwen pèdi kontak yo, se yon zanmi ti dam nan ki te apresyè m. Yon jou jedi 1^e Mas 2007 epi m te gen pou m al lekòl apre midi a 1^e, epi li vini a 10^{ze} epi m di l mwen pwal lekòl eske li pwale, li di m non li poko pwal lakay li. Nòmman se gason

m ye, mwen gentan konprann paske mwen te lakay mwen poukont mwen epi denkou li komanse ap pale avè m epi mwen rantre an relasyon avè l (Frantz, 19 ans).

[Mes premières relations sexuelles ont eu lieu le 1^{er} mars 2007, normalement c'est une amie, ce n'est pas avec les deux personnes avec lesquelles j'ai perdu contact. Un jeudi, je m'apprêtais pour aller à l'école, elle est venue à la maison dès 10 h du matin au moment où il n'y avait personne d'autre que moi. Comme je devais aller à l'école, je lui ai demandé si elle va partir bientôt. Elle m'a dit qu'elle ne va pas partir tout de suite. Normalement, en tant que garçon, j'ai vite compris, et elle commença par me parler tendrement, puis j'ai eu des rapports sexuels avec elle].

Moun ki te montre m bagay sa a li pat mennaj mwen. Mwen pa konn si se yon esperyans li tap fè, lè sa mwen te ret fonvèret, mwen te gen premye relasyon seksyèl, lè sa mwen te timoun mwen te ka gen 9 ou 10 zan. Se te yon moun ki te pi gran pase m, yon gwo jenn fi. Mwen te kouche avè l 2 fwa sèlman (Rosemond, 19 ans).

[J'avais environ 9 ou 10 ans quand j'ai eu mes premières relations sexuelles avec une fille qui n'était pas ma partenaire amoureuse. Elle était plus âgée que moi et j'ai eu des rapports avec elle en deux reprises].

4.4.4 L'intimité : généralement de l'autoprotection qui mène exceptionnellement au partage

Contrairement aux garçons qui ne semblent pas préoccupés d'informer leur partenaire de leur statut infectieux, les filles expriment le désir de pouvoir partager leur réalité. Ce secret maintenu dans leur relation amoureuse, les adolescentes le perçoivent comme étant incapables d'être dans une relation intime. Ainsi, par crainte d'être rejetées, elles évitent tout lien intime avec un partenaire amoureux ou s'auto-protègent en gardant le silence.

S'auto-protéger en gardant le silence : si j'aborde ce sujet avec lui, je me dévoilerai

Le sujet relatif au VIH n'est pas abordé par les adolescentes dans leurs relations amoureuses étant donné le risque potentiel d'être rejetée par l'autre. À une exception près, les adolescents ne partagent pas leur réalité avec un partenaire amoureux ou sexuel. Pour Wislande (15 ans), le fait de ne pas aborder le sujet du VIH dans sa conversation avec son partenaire est une stratégie d'autoprotection pour éviter toute tentation de se dévoiler. Si le sujet est abordé, des moyens détournés sont utilisés. À ce propos, Adline (17 ans) raconte aborder le sujet indirectement afin d'évaluer le niveau de tolérance de son partenaire face aux personnes infectées par le VIH.

Mwen ta di wi, men mwen pa konnen. Non, si m pale de sa avèl, map tou di li mwen genyen n pito m pa pale de sa (Wislande, 15 ans).

[Je ne parle pas au sujet du VIH avec mon partenaire. Si j'aborde ce sujet avec lui, je risque de me dévoiler. À cause de cela, je préfère ne pas en parler du tout].

Wi, mwen pa di yo sa klèman, mwen di yo si arive yon jou mwen al fè tès sida epi yo konnen mwen enfekte, kisa yo tap fè, li di lap tou bay vag, lipap rete paske janm ta vle mennen vi ansanm avèm nan li pap bon konsa, lap bay vag, mwen di ok, li di e si mwen ta vin konn yon jou ke li genyen ni, mwen di map rete ansanm avèk li. Li di m kòman nap fè timon, mwen di nap pran konsèy nan men muons pou nous kon kijan n ka fè, li di m li pap janm ka bon (Adline, 17 ans).

[Je ne parle pas clairement avec mon partenaire à propos du VIH. Je peux lui demander si je vais faire un test de dépistage et que celui-ci se révèle positif, que ferait-il. Il m'a répondu qu'il mettrait fin à la relation. Je lui ai dit qu'en ce qui me concerne, je resterais avec lui. Il m'a demandé comment on ferait pour enfanter. Je lui ai répondu qu'on chercherait du conseil pour savoir que faire. Il a poursuivi en disant que ce ne serait pas correct].

Dans un cas particulier, celui d'Olga (19 ans), le besoin d'autoprotection est si marqué qu'en dépit du fait qu'elle a transmis le VIH à son partenaire, elle a choisi de garder le silence. Elle vit beaucoup de culpabilité et a l'impression d'avoir gâché la vie de son partenaire. Elle dit manquer de courage pour aborder la question avec lui. Elle a préféré rompre la relation et elle évite de le rencontrer.

Non, mwen potko konnen zafè ki rele SIDA a Lè m vin aprann sa, lè m vin refè mwen wè m gache vi li Se pa lè ou pran yon zàm ou tiye yon moun, men mwen pap aksepte yon moun mouri sou konsyans mwen, mwen paka aksepte yon dezyèm moun mouri sou konsyans mwen ankò. Mwen pa wè ak ki kouraj mwen pwal di l sa (Olga, 19 ans).

[En premier lieu, je ne savais rien sur le VIH. Quand j'ai appris que je suis infecté, je crois que j'ai gâché la vie de mon partenaire. Ainsi, ce n'est pas seulement en utilisant une arme à feu qu'on peut tuer une personne. Mais, je ne veux pas tuer une autre personne une fois de plus. Par conséquent, je n'avais pas vu avec quel courage je pourrais partager cette information avec lui].

Partager exceptionnellement sa réalité avec son amoureux: tout ce qui est caché doit un jour être dévoilé

Une seule participante témoigne avoir partagé son vécu avec son amoureux du fait qu'elle croit que tout secret doit être dévoilé tôt ou tard. Dans une relation amoureuse qui dure depuis

trois ans, elle a senti le besoin de partager sa réalité. Selon elle, s'ouvrir à son partenaire permet une meilleure compréhension de sa réalité. Pour aborder le sujet relatif à son statut infectieux avec son partenaire, Farah (17 ans), avec beaucoup d'hésitation et de crainte, a utilisé une stratégie en trois étapes qui consiste d'abord à évaluer le niveau de tolérance de son amoureux envers le VIH ; obtenir par tendresse la confirmation et l'engagement de son partenaire qu'il ne l'abandonnerait pas. Enfin, elle se dévoile en expliquant qu'elle a été infectée depuis la naissance par sa mère.

Wi, li konnen, mwen te mete l okouran. Non, li te vin fè tès la, lipa enfekte. Mwen mete l alèz, mwen pale avè l, mwen mande l eske si li gen yon mennaj si li ta konnen mennaj la gen viris la eske lap kite l pou sa. Li mande m poukisa mwen poze l kesyon sa a, mwen di l pou li répondu mwen avan. Li di m non. Mwen mande l pouki se non li di m, li di m si li renmen moun nan tout bon se pa pou sa lap kite l, epi map pale mwen tou mete l alèz, epi an menm tan mwen di li map vin fè tes la tou. Wi, mwen di li nan manman m paske depi m fèt mwen tap plede malad, yo potko janm dekouvri l e annapre yo vin dekouvri l. Li te vin di lap bay vag, pale pale li te vin di m li pè lap bay vag, nou pat alèz menm, apre yon bon moman li vin retounen li vin alèz avèm ankò jan li te alèz anvan. Tout bagay byen pase, mwen satisfè de relasy on an, mwen pa regrèt ke m te mete l okouran paske pa gen bagay ki kache kip a devwale yon jou. Mwen panse yon jou li tap toujou konnen. Lefèt ke w pa kache moun nan ou toujou mete l alèz moun nan ap mye konpran ou ke lè se yon moun k ap di l, tan sa mwen tou mete l alèz mwen eskplike l mwen pale avè l e li eseye konprann mwen tou (Farah, 17 ans).

[Mon partenaire le sait, je l'avais mis au courant de mon statut. Il avait fait le test de dépistage au VIH, il n'est pas infecté. Je l'ai mis à l'aise, puis je lui ai demandé s'il a une partenaire et qu'il apprend que celle-ci est infectée par le virus du VIH, que ferait-il. Il m'a répondu par l'interrogative, et je lui ai dit de me répondre avant, puis il m'a affirmé que Non, il ne la quitterait pas, si toutefois il l'aime vraiment. À ce moment, je lui ai mis au courant de mon statut infectieux et de la manière dont j'ai été infectée. Après, il m'a dit qu'il a peur et qu'il me quitterait. Nous étions devenus un peu distants, puis quelque temps après, nous étions redevenus à l'aise comme auparavant. Au cours de nos trois ans, les relations sont bonnes et j'en suis satisfaite. Je n'ai aucun regret d'avoir mis mon partenaire au courant de mon infection, parce que tout ce qui est caché doit un jour être dévoilé. Je pense qu'un jour, il serait au courant de toute façon. Le fait de ne pas lui cacher la vérité l'amène à mieux me comprendre que s'il avait été informé par une autre personne].

Il était question dans ce dernier volet du développement des relations intimes avec un partenaire amoureux ou sexuel. Les relations amoureuses dépendent de la qualité des relations entretenues avec la famille et surtout avec les pairs. Les adolescents infectés au VIH depuis la naissance sont en butte à toutes sortes d'interdiction de la part de leurs parents ou

tuteurs qui tentent de leur empêcher de se lier en amour ou de les décourager de s'engager dans une liaison intime. Par contre, les pairs qui au départ jouaient le rôle de confidents et de conseillers en ce qui a trait à l'amour et à la sexualité deviennent un important incitatif pour les relations amoureuses et sexuelles. Dans de tels contextes, ces adolescents sont tiraillés de l'extérieur, par des interdictions familiales, des normes socioculturelles et des incitations de leurs pairs et de l'intérieur, par des pulsions sexuelles. Ils se trouvent face à un dilemme en ce qui a trait aux relations intimes avec un partenaire amoureux. Le développement de l'intimité avec un partenaire amoureux semble se caractériser par de la difficulté à s'engager dans une liaison intime. Cette difficulté semble se justifier d'abord par l'infection au VIH, ensuite par la peur de ne pas être acceptée par un partenaire, de l'embarras à se dévoiler, la peur de transmettre l'infection au partenaire et la peur d'être quitté par leur partenaire. Pour cela, une majorité a choisi de mettre en veilleuse les relations amoureuses et sexuelles. Sur le plan des relations sexuelles, la majorité des garçons (6/29) qui sont actifs sexuellement affirment avoir expérimenté leurs premières relations avec des amies sans engagement. Ainsi, ils ne semblent pas préoccupés à partager des informations relatives à leur statut sérologique avec leur amoureuse, ni de développer une liaison intime. Par contre, pour une minorité de filles (4/29), elles se disent préoccupées par le partage de leur vécu avec leur partenaire amoureux et sexuel. Cependant, la majorité ne parvient pas à s'ouvrir à leur amoureux. Elles se protègent en gardant le silence sur leur vécu avec le VIH afin de maintenir tout au moins une proximité sexuelle à défaut de l'intimité. En outre, une fille s'est risquée exceptionnellement de se dévoiler à son amoureux. Elle explique avoir été guidée par l'idée selon laquelle tout secret doit tôt ou tard être dévoilé et que mieux vaut s'ouvrir à son partenaire au lieu de se laisser découvrir. Ce risque a été payant puisqu'elle s'est sentie acceptée et comprise du partenaire.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Dans ce présent chapitre, les résultats seront discutés à la lumière des travaux empiriques et du modèle théorique adopté. Le rappel de l'objectif général de la recherche sera suivi d'une discussion sur chacun de ses volets en fonction des questions formulées. Des pistes de recherches seront par la suite avancées et des recommandations pour l'intervention sexologique seront formulées en tenant compte du développement sexuel adolescent, du contexte familial et de la communauté dans laquelle évoluent les participants. Une conclusion permettra de faire une synthèse des principaux résultats de ce mémoire.

5.1 Rappel de l'objectif général de la présente recherche

Haïti reste un pays des Caraïbes où la prévalence du VIH est élevée. Depuis 1996, grâce à l'accessibilité aux traitements antirétroviraux, les enfants nés de mère séropositive atteignent l'adolescence en bonne santé. Il n'existe pas de données sur la prévalence du VIH chez la population adolescente. Cependant, certains estiment à environ 20 000 le nombre d'enfants de moins de quinze ans infectés au VIH par la transmission verticale. Ces adolescents sont pour la plupart orphelins d'un parent ou des deux et vivent le plus souvent sous la responsabilité d'un substitut parental ou encore dans une famille avec laquelle ils n'ont aucun lien de filiation (Hempstone *et al.*, 2004). Ainsi, les relations de ces jeunes avec la famille sont parfois tendues et ils tentent de maintenir secret leur statut sérologique face à leurs pairs et à leur éventuel partenaire amoureux. Étant donné la nature de ces relations, il s'avère important de porter un regard sur le développement de l'intimité de ces jeunes à travers leurs relations familiales, avec leurs pairs et un partenaire amoureux. La présente étude vise à examiner le développement de l'intimité parmi les adolescents infectés au VIH par transmission verticale en Haïti et les significations que revêt la relation intime pour ces

jeunes, dans le contexte familial, dans la relation avec leurs pairs ainsi qu'avec un partenaire amoureux.

5.2 Limites de la recherche

Ce mémoire présente certaines limites liées au thème et à la population à l'étude. Ainsi, à cause de la réticence de certains jeunes à s'exprimer sur des sujets intimes, notamment les sujets relatifs aux relations amoureuses et sexuelles avec un partenaire, l'approfondissement de ce volet s'est avéré plutôt difficile. Cette difficulté s'explique par le fait que la majorité des participants (17/29) se situent dans la tranche de 15 à 17 ans. À cet âge, compte tenu de leur dépendance à la famille, ces jeunes sont peu loquaces devant les adultes qui incarnent l'autorité parentale et les interdits familiaux. En outre, une minorité d'adolescents (10/29) rapportent avoir vécu une expérience amoureuse et sexuelle. Dans bien des cas, cette expérience a été brève et le lien intime avec un partenaire a été suspendu suite à l'annonce de leur statut sérologique. Ces obstacles ont donc limité l'approfondissement du développement de l'intimité auprès de ces jeunes. Par ailleurs, face à la difficulté de ces adolescents à partager leur vécu, le nombre d'entrevues a dû être augmenté sans pour autant atteindre la saturation empirique. Le principe de saturation empirique désigne le phénomène par lequel le chercheur juge que les derniers documents, entrevues ou observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique (Fernet, 2005).

5.3 Discussion autour des trois sphères du développement de l'intimité

Tout au cours de cette étude, il a été question du développement de l'intimité des adolescents vivant avec le VIH depuis leur naissance. Le développement de l'intimité de ces adolescents a été étudié sous trois sphères : celles de la famille, des pairs et des partenaires amoureux.

5.3.1 Apport de l'étude à la théorie de l'intimité

La présente étude s'intéresse à l'intimité des adolescents infectés au VIH depuis la naissance et âgés de 15 à 20 ans. Son originalité réside dans le fait qu'à notre connaissance, aucune recherche n'a porté un regard sur le développement de l'intimité d'une telle population dans le contexte familial, le contexte avec les pairs, et dans le contexte avec les partenaires

amoureux, les rares travaux réalisés s'étant limités aux aspects strictement sexuels de leur intimité.

Il existe diverses théories portant sur l'intimité. Cette étude a opté pour le modèle de Furman et Wehner (1997) et celui de Brown (1999), parce que ces derniers, plus que les autres, permettent une compréhension de l'intimité sous l'angle développemental en termes de séquence et selon différents stades de l'évolution humaine.

5.3.1.1 La famille

La première question de recherche explorait la famille en cherchant à mieux comprendre comment les adolescents haïtiens infectés au VIH par transmission verticale vivent leur relation intime au sein de la famille.

Les témoignages des adolescents et adolescentes ont permis d'identifier quatre types de famille dans laquelle ces jeunes évoluent, il s'agit de famille d'origine dans laquelle neuf adolescents vivent, deux adolescents en famille élargie, deux en famille reconstituée et seize dans une nouvelle famille. Ainsi, les participants à l'étude vivent en majorité dans une nouvelle famille, une minorité en famille reconstituée ou dans une famille élargie. Hortence (2004) a observé que les adolescents en Côte d'Ivoire évoluent essentiellement dans des familles reconstituées à cause du décès d'un des parents. Elle a en outre observé que cette situation a d'importantes répercussions sur la formation de leur identité et leur développement psychosexuel. Comme le souligne Hortence (2004), le développement de l'intimité est fonction des liens de parenté et des liens d'attachement unissant l'adolescent et les membres de sa famille. L'intimité au sein de la famille dans une population générale se caractérise essentiellement par la sécurité et la protection offerte par les parents comme l'ont souligné Freeman et Brown (2001) et Ainsworth (1989).

Les participants se sont exprimés sur la sécurité offerte par la famille et la qualifiant en termes matériel et affectif. La sécurité matérielle réfère à la satisfaction des besoins primaires de l'adolescent alors que la sécurité affective consiste en des manifestations d'amour et d'affection à son égard. Les adolescents qui évoluent dans une famille où l'un des parents, spécialement la mère, est encore en vie, ont témoigné jouir de la sécurité sous ses deux

formes. Par contre, ceux qui ont perdu leurs deux parents ou qui vivent dans une nouvelle famille, ne semblent jouir que de la sécurité matérielle. La sécurité matérielle, quand elle est offerte par un substitut parental (qu'il soit un proche parent ou un étranger) représente un élément d'attache entre l'adolescent et ce dernier. Les adolescents, surtout ceux qui sont âgés de 17 à 20 ans, perçoivent avec gratitude la sécurité matérielle offerte par une personne autre que leur parent biologique. Ils présentent également de la gratitude également vis-à-vis d'un parent biologique, quand cette sécurité est offerte dans une structure familiale monoparentale.

La protection de l'adolescent est un autre aspect du développement de l'intimité au sein de la famille qui est abordé. Les adolescents et adolescentes ayant participé à l'étude font état de la protection offerte par leurs parents et leurs substituts parentaux sous l'angle de la santé physique, psychologique et sexuelle.

La protection de la santé physique vise à stimuler l'adolescent à se soucier davantage de son état physique et à prendre soin de son corps afin de pouvoir vivre en santé malgré l'infection au VIH. Elle met surtout l'accent sur la prise régulière de la médication proposée par le médecin comme seul espoir pour lutter contre la maladie. De ces trois dimensions de protection, celle relative à la santé physique prédomine pour les deux sexes, notamment en encourageant l'assiduité quant à la prise des médicaments. L'accent mis sur la santé physique par la famille s'explique du fait qu'elle craint que l'adolescent ne tombe malade ou qu'il ne meurt.

La protection de la santé psychologique vise le bien-être psychologique de l'adolescent. Les adolescents vivant en famille reconstituée sont ceux qui témoignent davantage de la manière dont leurs parents biologiques sont intervenus pour les protéger d'une situation de stigmatisation ou de discrimination vécue au sein de la famille avec une belle-mère, un beau-père ou toute autre personne.

La protection de la santé sexuelle, pour sa part, cherche à conscientiser l'adolescent sur le bienfait de l'abstinence et valorise le refus de toutes relations amoureuses. Pour les filles en particulier, l'accent est mis sur la prévention d'une grossesse non planifiée. Cette forme de protection offerte surtout aux filles par la famille semble être inadéquate par rapport à celle des garçons du fait que ces derniers sont perçus comme moins à risque que les filles. Ainsi,

les interdits familiaux visent davantage les filles alors que ces dernières rapportent ne pas pouvoir se déplacer facilement en dehors de la maison sans la permission de leur tuteur.

L'information relative à l'infection au VIH, quand elle est partagée avec un membre de la famille ou un substitut parental, permet l'établissement d'un lien d'attache, un lien d'intimité entre l'adolescent et cette personne, surtout quand la mère biologique est déjà décédée. Par contre, pour les adolescents vivant en famille d'origine, le partage des informations relatives à leur statut infectieux est moins compliqué par rapport à ceux qui évoluent dans d'autres types de famille. Ainsi, l'infection au VIH se présente comme une affaire relevant de l'intimité familiale, comme Champion et al. (1999) l'ont fait remarquer. Ces auteurs ont mené une étude dans un hôpital pédiatrique auprès de dix familles originaires d'Afrique, du Maghreb et d'Europe. L'investigation qui s'est tenue dans un hôpital pédiatrique avait pour objectif d'examiner l'organisation et la dynamique du secret auprès des enfants infectés au VIH par transmission verticale.

Les adolescents et adolescentes ont témoigné non seulement de la protection de leurs parents à leur égard, mais également de la protection familiale et sociale offerte par ceux-ci à tous les autres membres. L'une des formes de cette protection implique la divulgation ou non de leur statut sérologique à certains membres de la famille. Les adolescents vivant en famille reconstituée, en famille élargie et dans une nouvelle famille racontent que la divulgation de leur statut sérologique aux membres de la famille faite par leur tuteur s'est révélée néfaste pour eux. Certains ont rapporté avoir subi de la stigmatisation et de la discrimination de la part des membres de leur famille après qu'ils les aient informés de leur statut infectieux. Par ailleurs, d'autres adolescents vivant en famille reconstituée ou en famille élargie avec leur mère font état de l'interdiction qui leur est faite de parler des questions relatives au VIH ou de leur infection même au sein de la famille. Ainsi, tout comme leur mère, ils se doivent de protéger le secret familial. Comme l'ont affirmé Champion et al. (1999), le secret est omniprésent dans la relation parent-enfant dans une famille vivant avec le VIH et il constitue une forme de protection pour l'enfant contre l'isolement et les moqueries de ses pairs. La présente étude rejoint les observations faites par Champion *et al.* (1999) et les réflexions produites par Trocmé *et al.* (2002) et Dollfus *et al.* (2006) en ce qui a trait au poids du secret au sein des familles vivant avec le VIH.

Les résultats révèlent que l'intimité au sein d'une famille vivant avec le VIH se construit à travers la sécurité et la protection offerte par les parents. L'intimité se développe en fonction du type de famille dans lequel l'adolescent évolue et de l'attitude de son tuteur à son égard, laquelle consiste à le traiter avec respect et à ne pas divulguer son statut sérologique aux autres. La majorité de ceux qui vivent au sein d'une nouvelle famille reçoivent avec gratitude le soutien matériel de leur tuteur. Cependant, en plus de la sécurité matérielle, le substitut parental doit être celui qui détient le secret de son statut infectieux et qui les traite avec respect pour pouvoir développer une relation intime. Par ailleurs, au sujet des trois dimensions de la protection, celle relative à la santé physique concerne tant les filles que les garçons, alors que la protection de la santé sexuelle s'applique davantage aux filles. Soulignons que dans la culture haïtienne, la fille est perçue comme étant plus vulnérable que les garçons dans la sphère amoureuse et sexuelle. En outre, à cause de l'importance que revêt le secret pour l'adolescent, la famille constitue l'espace où il est le mieux gardé; elle devient le territoire par excellence de ce qui rapproche de l'intimité.

5.3.1.2 Les pairs ou les amis

La deuxième question de recherche visait les relations avec les pairs voulant décrire comment les adolescents vivent leur relation intime avec leurs pairs. Deux aspects des relations intimes avec les pairs ont été soulevés, à savoir le rôle attribué à ces derniers et la place du secret dans cette relation.

Le développement social marque un tournant important dans les relations parents-enfants (Kuttler et La Greca, 2004; Pagano et Hirsch, 2007). L'enfant qui était totalement dépendant de ses parents, fréquentant le réseau d'amis de ceux-ci, commence à avoir son propre réseau, et passe ainsi moins de temps avec sa famille (Adams, Laursen et Wilder, 2001; Freeman et Brown, 2001; Kuttler et La Greca, 2004; Zimmer-Gemberg, 2002). En conséquence, les pairs deviennent une figure aussi importante que les parents. Ils constituent par ailleurs un trait d'union entre la famille et un éventuel partenaire amoureux (Freeman et Brown, 2001; Kuttler et La Greca, 2004; Scharf et Mayselless, 2001).

Le développement de l'intimité des adolescents ayant participé à cette étude évolue également à travers des liens avec les pairs. Ils attribuent à leurs pairs des rôles particuliers

tels des compagnons de jeu; confidents, sauf à propos du VIH; conseillers en ce qui a trait à l'amour et à la sexualité. Par exemple, pour Junior, ses relations avec les amis sont très limitées. Il se dit à l'aise avec ses pairs sur certains aspects tels que pour jouer ou plaisanter. Par contre, en ce qui concerne sa santé et son statut sérologique, il considère cet aspect comme étant privé et n'en discute avec ses amis. Le jeu est l'élément qui justifie les premiers contacts entre les adolescents et représente la première étape dans le développement des relations intimes entre les jeunes. Au début, l'intérêt de ces jeunes se concentre essentiellement sur le jeu et moins sur le compagnon. Grâce à la maturité et au temps passé ensemble, l'intérêt se porte davantage sur le compagnon qui devient un confident pour tout sujet sauf, pour l'infection au VIH. À partir de ce moment, ils passent beaucoup plus de temps à bavarder et moins de temps à jouer. Ce temps de bavardage facilite l'approfondissement des liens et coïncide également avec l'émergence des intérêts pour les questions relatives à l'amour et à la sexualité, les portant ainsi à devenir l'un pour l'autre des conseillers en cette matière. Certains jeunes tels, Alain, Nathacha et Farah font mention dans leurs discours du rôle de conseiller joué par leurs pairs, surtout en ce qui a trait à l'amour et à la sexualité.

Une deuxième étape dans le développement des relations intimes entre les adolescents découlant des résultats de l'étude, est le partage de leurs ressources. Le partage semble cristalliser les pairs comme une figure d'attache, en remplacement de la figure parentale, laquelle procure protection et sécurité, comme le faisaient les parents. Cependant, les résultats de la présente étude révèlent que cette sécurité se manifeste surtout sous la seule forme matérielle contrairement à celle de la famille qui se manifestait sous formes matérielles et affectives. Cette deuxième forme semble être le facteur non moins négligeable qui maintient les liens d'attache entre l'adolescent et ses parents.

En dépit de l'importance attribuée aux pairs par les adolescentes et adolescents ayant participé à l'étude, importance allant jusqu'au remplacement de la figure parentale comme figure d'attache, ils considèrent l'infection au VIH comme une affaire personnelle et privée qu'ils ne peuvent en aucun cas partager en dehors du cercle familial. Ces limites dans la relation avec les autres, spécialement avec les pairs significatifs, posent des obstacles dans le développement de l'intimité. Ces adolescents et adolescentes vivent dans l'angoisse de ne pas

pouvoir partager ce secret avec des personnes importantes dans leur vie par crainte d'être rejetés ou par crainte que l'information ne soit divulguée aux autres. Cette attitude adoptée par ces jeunes vient renforcer la famille comme étant « l'espace du secret [...] le lieu où se déroulent leurs histoires intimes » selon les affirmations formulées antérieurement par Champion *et al.* (1999).

Freeman et Brown (2001) ont étudié l'attachement au cours de l'adolescence avec les parents et les pairs auprès d'une population de 99 jeunes âgés de 16 à 18 ans. Une des hypothèses formulées était que les adolescents identifient plus fréquemment les amis comme figures d'attache que leurs parents. Les résultats de cette étude révèlent que les parents et les pairs étaient considérés par les adolescents comme source de soutien primaire au même titre. Cependant, la mère était considérée davantage que le père comme source de soutien. Pour ces auteurs, même si la théorie de l'attachement préconise que les pairs remplacent les parents comme figure d'attache, ils demeurent des figures importantes à long terme en ce qui a trait aux problèmes moraux et personnels, tandis que les pairs seraient utiles pour des problèmes quotidiens.

Par ailleurs, pour Pagano et Hirsch (2007) ainsi que Scharf et Mayseless (2001), l'intimité se caractérise par la confiance et le dévoilement de soi. Par contre, la méfiance et le secret semblent caractériser les relations entre les participants à l'étude et leurs pairs. Il ressort des témoignages des jeunes à l'étude que leur statut sérologique constitue un secret qu'il ne faut pas partager avec les pairs. Cette attitude est d'ailleurs renforcée par la famille qui incite l'adolescent à ne pas se confier aux personnes extérieures à la famille. Dans ce contexte, ces jeunes ont développé une attitude de méfiance vis-à-vis des personnes en dehors du cercle familial et entretiennent difficilement une relation intime. En outre, dans le milieu haïtien, le VIH/SIDA est considéré comme une maladie honteuse et les personnes infectées par le VIH craignent d'être stigmatisées ou de subir de la discrimination. En dépit de la distance en rapport à l'infection au VIH dans les relations avec leurs pairs, les adolescents ont toutefois attribué des rôles importants à ces derniers. Ils leur confèrent le rôle de compagnons de jeu, de confidents et de conseillers. Le rôle de confident se rapporte à n'importe quel sujet sauf le VIH, alors que le rôle de conseiller est joué dans plusieurs domaines dont celui de l'amour et de la sexualité.

5.3.1.3 Les partenaires amoureux et sexuels

La troisième question ciblait les relations intimes avec un partenaire amoureux et sexuel. Elle cherchait à comprendre la manière dont ces jeunes entament une relation d'intimité et comment ces relations avec un partenaire amoureux sont maintenues.

La Greca et Mackey (2004) ainsi que Scharf et Mayselless (2001) soutiennent que les relations avec les pairs constituent une transition entre les relations parents-enfants et celles avec un amoureux. Ce rôle de médiateur joué par les pairs favorise le partage d'informations et procure la sécurité nécessaire pour l'exploration des relations amoureuses. Cependant, le volet de l'étude portant sur les rapports entre les adolescents et leurs pairs indiquent que ces rapports ne semblent pas favoriser ce partage et procurer cette sécurité favorable à l'exploration des relations amoureuses, compte tenu des obstacles qui se sont érigés et qui les ont empêchés de se lier dans une relation intime. Certains jeunes tels Rosemond, Rosette et Jacques affirment ne jamais aborder leur vie privée ou leurs affaires personnelles avec les pairs. De même, ils perçoivent que leurs parents sont hostiles à l'idée qu'ils soient amoureux et rapportent des interdictions à nouer des liens avec un partenaire amoureux.

Tenant compte de ce qu'ont affirmé nombre d'auteurs en ce qui concerne la population d'adolescents en général (Bouchev et Furman, 2003; Connolly, Craig, Golberg et Pepler, 2004; Connolly et Johnson, 1996 ; Kuttler et La Greca, 2004; Sharf et Mayselless, 2001), à savoir que l'émergence des liens amoureux est l'un des changements les plus frappants du développement social à l'adolescence, chez les adolescents interviewés vivant avec le VIH, cette réalité semble différente puisqu'une majorité a formulé de multiples raisons qui les ont portés à la mise en veilleuse des relations amoureuses. Ces raisons sont d'ordre personnel, familial et relationnel. Elles se rapportent au besoin de terminer leurs études, d'attendre d'être prêts, de l'interdiction de leurs parents, de vouloir éviter les relations sexuelles, de la peur de transmettre le VIH à leur partenaire et de la peur d'être quittés par leur amoureux. Cependant, en dépit de ces raisons, les garçons aussi bien que les filles ont formulé le besoin de plaire et d'être aimés. Les garçons se sont prouvés qu'ils ont la capacité de plaire en faisant la cour à des adolescentes, alors que les filles se sentent aimées en étant courtisées par de jeunes hommes sans pour autant se lier avec un partenaire amoureux. Pour les deux sexes, l'infection au VIH constitue un obstacle au développement normal des relations intimes avec

un partenaire amoureux et sexuel. La différence quant à l'émergence des liens amoureux parmi les adolescents à l'étude, s'explique d'abord par la peur entourant l'infection au VIH, ensuite, par le retard scolaire par rapport à leurs pairs, occasionnés par leur état de santé et par la stigmatisation de la maladie au sein de la société.

Or, à leur âge, dans la population générale, les jeunes se disent amoureux. Dans une étude réalisée par Shulman et Scharf (2000) auprès d'une population constituée de 168 adolescents israéliens non infectés des deux sexes en ce qui concerne le rôle de l'âge, du sexe et des sorties amoureuses dans leur perception et leur comportement romantique, on rapporte que la moitié des jeunes âgés de 16 à 19 ans disent être en amour avec un partenaire, alors que pour ceux âgés de 14 ans, seulement 15 % rapportent, avoir une expérience amoureuse.

Les filles, en ce qui a trait à leur statut infectieux, sont beaucoup plus préoccupées par le partage de leur vécu que les garçons. En dépit de cette préoccupation, elles n'arrivent que dans de rares cas à se dévoiler à leur amoureux par crainte d'être quittées, d'aggraver leur maladie ou de transmettre le VIH au partenaire. Parmi les participants une seule fille raconte avoir pris le risque de se dévoiler à son partenaire amoureux. Elle se dit satisfaite de son initiative, du fait que selon ses propos «tout ce qui est caché doit se dévoiler un jour». De leur côté, les garçons sont intéressés davantage aux relations sexuelles sans engagement et de courte durée. Aucun d'entre eux n'a tenté de partager sa réalité avec une partenaire, ils préfèrent au contraire ne pas aborder le sujet. Ce constat rejoint l'observation faite par nombre d'auteurs selon laquelle les filles tendent à être plus intimes dans leur relation que les garçons (Freeman et Brown, 2001; Kuttler et La Greca, 2004; Pagano et Hirsch, 2006; Rice et Mulkeen, 1995 ; Reisman, 1990; Shuman et Kipnis, 2001).

En guise de réponse aux questions de recherche, les résultats de la présente étude sont en accord avec la théorie de Furman et Wehner (1997) selon laquelle au début de l'adolescence, les compagnons et les amis représentent des partenaires amoureux potentiels. Par ailleurs, cette étude révèle que même au milieu et à la fin de l'adolescence, les compagnons et les amis demeurent des partenaires avec qui ces jeunes sont plus en sécurité pour entreprendre des relations sexuelles. La population étudiée se situe à la seconde et à la troisième phase dans la théorie du développement de l'intimité, la phase de statut et la phase d'affection. À la phase de statut, autour de 14 à 16 ans, les adolescents se laissent moins influencer par leurs

pairs en ce qui a trait aux liaisons avec un partenaire amoureux. D'ailleurs, bon nombre se donnent des raisons ou des projets d'avenir pour éviter de se lier avec un partenaire amoureux. Par contre, même si dans la phase d'affection autour de 17 à 20 ans, l'influence des pairs s'affaiblit, les adolescents interrogés ne manifestent pas de sentiments d'engagement dans leur relation et semblent ne pas exprimer un niveau de protection élevé vis-à-vis de l'autre, cela même s'ils entreprennent des activités sexuelles. Les résultats soutiennent également l'affirmation selon laquelle il ne saurait y avoir un attachement mature au partenaire amoureux au début de l'adolescence du fait que les relations sont occasionnelles et de courte durée. À ce niveau, l'étude révèle que les adolescents sont confrontés à des difficultés en termes d'attachement à un partenaire amoureux. Cette observation fait apparaître une nuance dans la trajectoire du développement de l'intimité de la population à l'étude par rapport à l'hypothèse formulée par Furman et Wehner (1997), hypothèse selon laquelle les amis seraient des partenaires potentiels d'amour adolescents alors que les relations parentales deviendraient plus importantes au début de l'âge adulte. À ce propos, cette étude révèle que l'attachement et les processus de protection se concentrent au sein de la famille, et sont quasi inexistantes dans les rapports avec un partenaire amoureux.

5.3.1.4 La signification accordée par les adolescents aux trois sphères du développement de l'intimité

La dernière question explorait les significations que ces adolescents accordent aux relations intimes. Elle cherchait également à comprendre les liens entre les trois sphères de relation dans le développement de l'intimité de ce groupe.

Les participants à l'étude accordent une importante signification à leur famille, du fait qu'elle est entre autres, le territoire par excellence du secret et de l'intimité. D'ailleurs, les résultats ont révélé qu'au sein de la famille, l'intimité se caractérise par la sécurité, la protection et le partage. La sécurité matérielle et affective semble être le facteur qui lie les adolescents avec un parent ou un tuteur. Certains jeunes tels Sauveur, Rosette, Suze, Wilfrid et Alain font état dans leur discours de leur gratitude envers leur parent. En outre, d'autres participants tels Marie-Yves, Josette et Alain, ont clairement affirmé que le partage de leur expérience avec le VIH constitue un lien d'attache et une affaire d'intimité familiale. Cette signification varie de toute évidence en fonction du type de famille dans lequel évolue l'adolescent. Rappelons que

plus de la moitié (16/29) vit dans une nouvelle famille, près du tiers (9/29) vit dans une famille d'origine et une faible minorité en famille reconstituée (2/29) et en famille élargie (2/29). Mentionnons que les adolescents vivant dans une nouvelle famille sont orphelins de mère et n'ont pas de contact permanent avec leur père si toutefois celui-ci était vivant au moment de l'étude. Par contre, ceux appartenant à l'un des trois types de familles entretiennent une relation permanente avec au moins un de leurs parents biologiques. Les parents, notamment la mère, est donc indispensable pour la survie et le développement normal de tout individu comme l'a soutenu Bowlby dans son concept d'attachement parent-enfant (Ainsworth, 1989 ; Moretti et Peled, 2004). En dépit du fait que ces adolescents soient pris en charge par des substituts parentaux qui leur procurent sécurité et protection, l'absence de la mère pourra avoir des répercussions sur toutes leurs relations interpersonnelles subséquentes et pourra affecter leur capacité d'entretenir un lien intime avec les autres (Ainsworth, 1989 ; Freeman et Brown, 2001 ; Scharf et Mayless, 2001). Dans ce sens, Moretti et Peled, 2004 ainsi que Freeman et Brown, 2001 ont soutenu qu'un enfant qui avait eu des expériences positives dans ses relations avec ses parents développera une attitude positive face à son environnement et entretiendra une relation de confiance avec les autres. Par contre, un enfant qui a expérimenté une relation négative avec ses parents aurait une attitude de méfiance face aux autres et face à son environnement. En ce sens, les adolescents rapportent dans leur discours le rôle de leurs parents dans le développement de cette attitude qui n'a d'autre but que la protection du secret familial. Harry par exemple fait mention dans son discours des injonctions de sa mère, lui rappelant toujours de prendre l'habitude de « fermer sa bouche à la maison pour ne pas se dévoiler à l'extérieur de la famille ».

Une des caractéristiques essentielles de l'adolescence consiste en un détachement aux parents, une exploration du monde social en dehors de la famille et le développement des liens d'amitié avec les autres (McGue, Elkins, Walden et Iacono, 2005 ; Moretti et Peled, 2004). Les participants à cette étude ont attribué certes de l'importance aux pairs, mais à un degré moindre qu'envers la famille. Les adolescents perçoivent leurs pairs comme des gens auxquels ils ne peuvent se fier de façon absolue ou avec qui ils ne peuvent être en réelle intimité. Pour cela, les informations relatives au statut sérologique sont considérés comme une affaire privée et personnelle. Ces jeunes à cause de leur statut infectieux semblent ne pas pouvoir se détacher de leurs parents et se nouer en relation amicale avec leurs pairs.

Toutefois, pour se protéger, d'une part, et d'autre part, compte tenu de l'importance des pairs dans leur évolution personnelle, ils ont développé une stratégie dans leur relation avec leurs camarades. Cette stratégie consiste à délimiter les rapports avec les pairs et à leur attribuer des rôles spécifiques et restreints. Dans de tels contextes, il serait difficile pour les amis de remplacer les parents comme source primaire de soutien social et pour contribuer adéquatement à l'exploration de son identité sociale, à son individuation et à son bien-être comme l'ont soutenu plusieurs auteurs tels Connolly, Craig, Golberg et Pepler, 1999 ; Kuttler et La Greca, 2004; La Greca et Mackey, 2004 ainsi que Pagano et Hirsch, 2007.

Les relations avec les pairs, spécialement celles avec les amis intimes constituent un pont entre les relations parent-adolescent et une saine relation amoureuse (La Greca et Mackey, 2004 ; Scharf et Mayless, 2001). Selon Hazan et Shaver, 1987, les partenaires amoureux sont perçus dans la théorie d'attachement comme une figure d'attache en lieu et place des parents. En outre, l'éveil de l'intérêt pour des relations amoureuses constitue une des transformations importantes dans le développement social à l'adolescence (Bouchey et Furman, 2003 ; Connolly, Craig, Golberg et Pepler, 2004 ; Connolly et Johnson, 1996; Kuttler et La Greca, 2004 ; Sharf et Mayselless, 2001 ;). La majorité des participants à cette étude en ce qui a trait aux relations amoureuses et sexuelles montrent un manque d'intérêt pour des liens intimes avec un partenaire. L'impossibilité de procréer dans le futur et la difficulté à se dévoiler à un partenaire potentiel sont des arguments formulés par ces jeunes pour expliquer leur désintérêt par rapport aux relations amoureuses et sexuelles. Ainsi donc, l'infection au VIH constitue un frein dans le processus du développement de l'intimité de ces adolescents. Si l'on s'en tient à la définition de l'intimité adoptée par cette étude, un des aspects de l'intimité serait la révélation de soi et un niveau d'engagement envers l'autre et envers la relation. Dans ce sens, on dirait que ces jeunes n'entretiennent pas une relation d'intimité avec un partenaire amoureux. D'ailleurs, certains auteurs tels Bouchey et Furman, (2003), Longmore, Manning et Giordano, (2001) ainsi que King et Harris, (2007) ont nommé des facteurs sociocontextuels ou culturels ayant un impact sur les activités amoureuses et sexuelles de l'adolescent. Ils citent les amis, le type de partenaire amoureux, la société dans laquelle l'adolescent évolue et sa structure familiale. Dans la société haïtienne, les hommes aussi bien que les femmes entretiennent un lien très fort, voire exagéré, avec leur mère. Pour les hommes en particulier, ils auraient tendance à ne pas s'engager sérieusement dans une relation intime afin de ne pas

se montrer infidèles envers leur mère. Les familles dans lesquelles vivent le père, la mère et les enfants sous le même toit, une nette autorité masculine en est affichée. L'éducation des enfants diffèrent entre garçons et filles. Les garçons sont davantage valorisés, sont mieux nourris et sont privilégiés en matière de l'apprentissage sportif. Les enfants des deux sexes sont éduqués dans la crainte des personnes à l'extérieur de la famille. Ainsi, la méfiance vis-à-vis des étrangers est un des traits transmis par les familles traditionnelles haïtiennes. Ces attitudes et ce comportement s'observent même dans les relations avec les camarades à qui il est interdit de prêter ses ouvrages afin d'éviter des actions malveillantes de la part de ces gens (Bijoux, 1990). Par ailleurs, pour Longmore, Manning et Giordano, (2001), la structure familiale et les événements survenus dans cette structure peuvent fortement influencer sur les relations amoureuses et sexuelles à l'adolescence. À noter qu'à la situation socioéconomique précaire dans laquelle évoluent ces jeunes s'ajoutent une ambiance familiale le plus souvent dysfonctionnelle et l'infection au VIH.

Les trois sphères (famille, pairs et partenaire amoureux) du développement de l'intimité s'enchevêtrent les unes dans les autres, car durant l'enfance, les relations tendent à se limiter aux membres de la famille et aux amis. Cependant, à l'adolescence émergent les relations amoureuses avec un partenaire (Adams, Laursen et Wilder 2001; Connolly, *et al.*, 2004; Sharf et Mayselless, 2001). D'ailleurs, pour Shulman et Scharf (2000), l'intérêt croissant et l'investissement dans une relation amoureuse ne peuvent être détachés des deux autres relations importantes dans la vie de l'adolescent, à savoir la famille et les amis. Pour ce groupe d'adolescents ayant participé à la présente étude, le développement de l'intimité est fortement influencé par la famille, peu par les amis et encore moins par un partenaire amoureux. Toutefois, il faut tenir compte de l'infection au VIH comme événement important qui influe sur la nature des relations de ce groupe avec d'autres. Cet événement aura probablement des répercussions tant sur la santé psychologique et sociale des participants que sur leur bien-être. En effet, comme l'ont souligné Lippert et Prager (2001), les psychologues perçoivent l'intimité comme facteur fondamental du bien-être individuel. Pour Reis et Shaver (1988), l'intimité dans une relation apporte le bonheur, des sentiments de proximité, le sentiment d'être accepté et aimé. Par contre, un degré faible d'intimité dans une relation engendrerait un état de dépression, peu de satisfaction dans la relation et de la solitude (Clarck et Wilkinson, 2006).

5.4 Pistes de recherches émergentes

Cette recherche se portait sur le développement de l'intimité d'un groupe d'adolescents âgés de 15 à 20 ans ; elle se concentrait uniquement autour de la seconde et la troisième phase du modèle théorique de Furman et Wehner (1997) et celui de Brown (1999). La seconde étant la phase de statut et la troisième, la phase d'affection. Par conséquent, il serait nécessaire qu'une étude longitudinale se porte sur le développement de l'intimité de ce groupe particulier en intégrant toutes les phases afin de mieux saisir l'évolution à travers les différentes tranches d'âge. Une autre piste de recherche consisterait à investiguer sur cette même population en dernière phase, à la phase de liaison du développement de l'intimité, autour de 21 ans, afin d'étudier leur niveau d'engagement et leur degré de protection vis-à-vis du partenaire amoureux. Cette étude devrait tenir compte du sexe de la population puisque certains auteurs suggèrent que les filles s'engagent davantage dans une relation intime que les garçons.

Être en proximité sexuelle ne peut-il pas être considéré comme un lien d'intimité? En d'autres termes, l'intimité ne pourrait-elle pas prendre plusieurs formes en fonction de la personne avec qui la relation s'entretient? Dans cette étude, le dévoilement du statut sérologique semble un élément nécessaire à l'instauration relations intimes. Ainsi, on se demande si l'intimité est essentiellement liée à une révélation de soi. Un aspect non documenté par la présente étude concerne l'importance d'une relation intime sur le bien-être des adolescents. Est-ce que la difficulté à se lier dans une relation intime pourrait avoir des conséquences psychologiques sur ces jeunes ?

Il serait nécessaire que des études s'intéressent spécifiquement à l'adolescent infecté au VIH en relation avec ses pairs. Ces études pourraient chercher à comprendre le poids du secret pour ces adolescents dans leur rapport avec des amis intimes, et la signification qu'ils accordent à l'amitié. Ces études pourraient cibler les pairs en cherchant à comprendre s'ils constituent réellement une figure d'attache en remplacement aux parents pour les adolescents infectés au VIH depuis la naissance et qui ont appris un peu plus tôt leur statut infectieux comparativement à ceux qui l'apprendraient un peu plus tard.

D'autres études pourraient enfin être menées sur les relations amoureuses et sexuelles des adolescents infectés au VIH depuis leur naissance. L'investigation pourrait viser l'importance du réseau d'amis dans le choix du partenaire sexuel et pourquoi ces adolescents se sentent plus en sécurité à entretenir des relations sexuelles avec des amis même s'ils ne se dévoilent pas à ces derniers? Dans une perspective de prévention, des études pourraient également porter sur les pratiques sexuelles de ces jeunes. D'autres études longitudinales devront être menées sur l'impact du VIH sur l'évolution psychosexuelle de cette population.

5.5 Recommandations pour l'intervention sexologique

Tenant compte des résultats de la présente étude, de la théorie du développement normal de l'intimité, du contexte socioculturel de la population étudiée, et du vécu de cette population avec le VIH, nous formulons les recommandations qui suivent pour l'intervention sexologique. Il conviendrait dans un premier temps, de mener une intervention visant les adolescents infectés et les membres de leur famille. L'objectif de cette intervention serait de discuter des problèmes psychologiques engendrés par le VIH pour l'adolescent, d'identifier l'accompagnement nécessaire pour pallier ces problèmes, de resituer l'adolescent par rapport à son vécu avec le VIH; d'amener l'adolescent à réfléchir sur sa sexualité, et l'amener à adopter un comportement sexuel responsable. L'intervention sexologique devrait avoir comme objectif spécifique de travailler avec l'adolescent et sa famille la question relative à la gestion du secret. En outre, des stratégies éducatives devraient également être menées visant à mieux comprendre les besoins sexuels de l'adolescent, puis l'accompagner et l'orienter pour une sexualité responsable, de discuter avec lui de son avenir, surtout en termes du choix d'un partenaire amoureux.

Dans un second temps, des actions pourront être entreprises au sein de la communauté, notamment dans les écoles, dans les églises afin de sensibiliser les enseignants, les écoliers, les membres d'église et les leaders religieux sur le VIH et la réalité des adolescents infectés depuis la naissance. Ces actions pourraient viser entre autres, des stratégies de sensibilisation en vue d'influer sur la stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH. Elles pourraient viser également à faire un plaidoyer auprès des dirigeants et des décideurs notamment auprès du ministère à la Condition féminine, du ministère des Affaires

sociales, du ministère de l'Éducation nationale, et du ministère de la Jeunesse en vue de développer des programmes visant à soutenir les familles qui prennent en charge les enfants infectés au VIH par transmission verticale.

CONCLUSION

Depuis les années 80, le VIH/SIDA constitue un problème de santé publique en Haïti. À cause de la prévalence élevée du VIH parmi les femmes en âge de procréer, la transmission verticale est devenue un problème majeur au sein des familles et de la communauté. Après environ trois décennies de pandémie, les enfants nés de mère séropositive arrivent à l'adolescence grâce à l'accessibilité récente aux antirétroviraux dans les pays en voie de développement. Parallèlement, la structure familiale est ébranlée avec le décès d'un des parents ou des deux. En conséquence, les enfants doivent intégrer une structure familiale différente de celle dans laquelle ils évoluaient précédemment. À ces événements (l'infection au VIH, le décès des parents et l'intégration à une autre structure familiale) dans la vie de ces jeunes s'ajoute l'adolescence en tant que période critique du développement. Ces événements font que le développement de l'intimité de l'adolescent infecté au VIH ne suit pas la même trajectoire que celle des adolescents non infectés.

L'intimité pour les adolescents infectés par transmission verticale se développe dans le contexte avec la famille, avec les pairs, et avec un partenaire amoureux et sexuel. Cependant, des nuances sont observées au niveau de chacun des contextes (famille, pairs ou partenaire amoureux). Pour la famille, l'intimité se construit autour de la sécurité et de la protection offertes par les parents, alors que quand il s'agit d'un tuteur, la connaissance du statut infectieux est un élément qui s'ajoute et qui détermine le lien d'attache avec l'adolescent. Ainsi, le milieu familial est l'espace du secret et de l'intimité. Par contre, même si les pairs sont considérés comme des figures aussi importantes que la famille, et que des rôles bien spécifiques leur sont attribués : des compagnons de jeu, des confidents à l'exception de ce qui se rapporte au VIH, et des conseillers en matière d'amour et de sexualité, ils restent exclus de la sphère intime de l'adolescent. Ce dernier a d'ailleurs dressé une barrière frontalière entre la relation familiale et la relation amicale, barrière qui est hautement protégée sous l'étiquette du secret personnel et familial. Par ailleurs, en ce qui concerne la sphère amoureuse et sexuelle, les adolescents auraient tendance à s'abstenir de relations amoureuses et à éviter les activités sexuelles. Ils ont donc mis en veilleuse ce besoin pour la réalisation d'autres projets à leur avis plus importants du fait qu'ils sont en retard dans leur parcours scolaire à cause de

l'infection au VIH. Par contre, une minorité s'est engagée dans des relations amoureuses et sexuelles avec un partenaire le plus souvent dans son propre réseau d'amis. Ces relations sont de nature occasionnelle, de courte durée, sans partage et sans engagement. Ainsi, les relations avec un partenaire se réduisent essentiellement aux activités sexuelles, sans une ouverture de soi. Somme toute, même s'il suit une trajectoire séquentielle comme celle décrite dans le modèle de Furman et Wehner (1997) et celui de Brown (1999), le développement de l'intimité de ces jeunes présente cependant des différences dans la nature des interactions avec les personnes importantes impliquées dans la dynamique relationnelle. Ces différences observées dans la trajectoire relationnelle de ces jeunes marquées par un repli sur soi, une méfiance vis-à-vis des autres et la non-révélation de soi pourront affecter dans le futur leur santé psychologique voire leur bien-être individuel.

La présente étude sur le développement de l'intimité des adolescents haïtiens infectés au VIH par transmission verticale se révèle utile parce qu'elle contribue à l'avancement des connaissances scientifiques du fait qu'il existe un manque de publication dans ce domaine. Cependant, cette recherche qui a été menée dans le cadre d'un mémoire ne saurait être utile que si elle fait l'objet de partage des connaissances vers les communautés visées afin de faire écho de la situation de ces jeunes, et de provoquer des interventions en leur faveur, d'une part, et d'autre part, à soulever l'intérêt de la communauté scientifique pour entreprendre d'autres études qualitatives et quantitatives auprès de cette population.

APPENDICE A

CANEVAS D'ENTREVUE

SCHEMA D'ENTREVUE

Développement de l'intimité chez les Adolescents infectés au VIH par la transmission verticale en Haïti.

Avant de débiter l'entrevue

- Introduire le, la participant(e) dans l'ambiance de la recherche et de l'entrevue (présenter les objectifs, le caractère de l'entrevue à tendance non-directive)
- Expliquer à nouveau les modalités de l'entrevue : la durée, l'utilisation de l'enregistreuse et de la prise de note, la confidentialité et autres considérations éthiques (risques et gains encourus, ressources disponibles au cas où l'entrevue soulèverait des questionnements, des préoccupations ou des inquiétudes)
- Rappeler qu'à tout moment, le ou la participant(e) peut mettre fin à l'entrevue ou suspendre l'enregistrement
- Répondre aux questions formulées par le ou la participant (e).

Question de départ :

« Pour commencer, j'aimerais que tu me parles un peu de toi-même, que tu me racontes ce qui se passe dans ta vie actuellement ».

(Consignes : il s'agit d'une période de réchauffement, la réponse pourrait aussi te permettre de te sensibiliser à un événement qui a marqué le jeune et qui pourrait être approfondi dans la section portant sur la dimension concernée)

I. Dimension : vivre comme personne atteinte du VIH

Questions :

« J'aimerais maintenant que tu me dises qu'est-ce que ça signifie dans ta vie quotidienne aujourd'hui, le fait d'être atteint du VIH ? (attendre la réponse).

(S'ils ne sont pas abordés par le jeune, les aspects suivants doivent être traités) :

- As-tu développé des trucs pour mieux vivre avec le VIH ?
- Si tu avais à venir en aide à une ou autre jeune dans ta situation, quelles seraient tes suggestions ?

II. Dimension : État de santé et traitements (Passer à l'autre dimension si non sous traitement)

Questions :

«J'aimerais que tu me parles à présent de ton état de santé» (attendre la réponse)

(Si le jeune n'élabore pas lui-même sur ces sujets, poser les questions suivantes) :

- Peux-tu me raconter comment ça se passe maintenant avec les médicaments? (attendre la réponse)

(Se référer à ce que le jeune nous a dit au sujet de ses traitements. S'il a mentionné qu'il avait des effets secondaires ou des difficultés d'adhésion au temps de la première entrevue, on pourrait poser les questions suivantes)

- Est-ce difficile pour toi de prendre les médicaments comme les médecins te demandent de le faire ?
- As-tu des effets secondaires, (si oui), racontes-moi comment tu vis avec ?

III. Dimension : relations avec la famille

Questions :

«J'aimerais qu'on parle un peu de ta famille». (Attendre la réponse)

(S'ils ne sont pas abordés par les jeunes, les aspects suivants doivent être traités) :

- Comment ça se passe actuellement avec tes parents, tes frères et sœurs ?
- Est-ce que tu te sens à l'aise de parler de ce qui t'arrive avec ta famille ?
- Dans ta famille, est-ce qu'il t'arrive d'avoir des discussions au sujet du VIH ?
- Est-ce que l'amour et la sexualité sont des sujets que vous abordez dans ta famille?

IV. Dimension : relations avec les pairs

Questions :

«Tu m'as parlé de ta relation avec ta famille, maintenant j'aimerais que tu me dises comment ça va avec les autres jeunes ». (Attendre la réponse).

(S'ils ne sont pas abordés par le jeune, les aspects suivants doivent être traités) :

- Est-ce qu'il a eu des changements dans tes relations avec les autres ?
- As-tu des amis actuellement et aimerais-tu en avoir ?
- Comment ça se passe actuellement avec les jeunes autour de toi, avec tes amis ?

- Est-ce que l'amour et la sexualité sont des sujets que tu abordes avec eux ?

V. Dimension amour :

«Tu m'as parlé de ce qui se passe dans ta vie maintenant, j'aimerais que tu me parles un peu de ta vie amoureuse»

(Si le jeune n'élabore pas lui-même sur ce sujet)

(Se référer à ce qu'il nous a dit au sujet de ses amours. Par exemple, s'il a mentionné qu'il était en relation au temps, on pourra le relancer sur cette relation et lui demander :

- Est-ce que tu es encore avec ce garçon ou cette fille ?
- (si oui), peux-tu me raconter comment ça se passe avec cette personne?
- Qu'est-ce que tu aimes chez lui ou chez elle ?
- (si non), voudrais-tu me raconter comment s'est terminée cette relation?

(Dans le cas où le jeune n'est plus en relation avec cette personne)

- Es-tu en relation amoureuse maintenant ?

(Dans le cas où le jeune a un nouveau partenaire)

- Pourrais-tu me raconter comment vous vous êtes connus ?
- Peux-tu me raconter comment ça se passe avec ce partenaire ?
- Qu'est ce que tu aimes chez lui ou chez elle ?

(Si le jeune n'est pas en relation actuellement)

- Aimerais-tu avoir un partenaire (fouiller pourquoi)?
- Est-ce difficile pour toi d'avoir un partenaire (attendre la réponse), (si oui), pourquoi c'est difficile

(Si le jeune n'élabore pas lui-même, poser la question suivante)

- As-tu déjà pensé que le VIH joue peut-être dans le fait tu n'as pas de partenaire?

VI. Dimension sexualité :

(Si le jeune est en relation)

«Tu me disais tantôt que tu as un partenaire, pourrais-tu me raconter comment ça va dans votre vie sexuelle? »

(S'ils ne sont pas abordés par le jeune sans question, les thèmes suivants peuvent être traitées par rapport à la dimension sexuelle)

- Est-ce que c'est avec lui ou elle que tu as eu ta première relation sexuelle?
- Si oui, pourrais-tu me raconter comment ça s'est passé?
- Est-ce que c'était comme tu l'as imaginé (attendre la réponse) et pourquoi ?
- Qu'est-ce que tu aimes dans tes rapports sexuels ?
- Qu'est-ce que tu n'aimes pas dans tes rapports sexuels?
- Éprouves-tu du plaisir durant tes relations sexuelles ?
- Éprouves-tu de temps en temps des malaises durant tes relations sexuelles :
- Penses-tu que le fait que tu sois atteint du VIH intervient dans ta relation?
- As-tu parlé du VIH ensemble? (attendre la réponse) (si oui) comment ça s'est passé ?
- Je sais que ce n'est pas évident de se servir du condom, j'aimerais quand même que tu me racontes comment ça se passe dans ta relation ?
- Qu'est-ce qui est difficile ou désagréable pour toi dans le fait d'avoir à utiliser le condom ?

(Si le jeune n'est pas en relation mais a déjà eu des partenaires sexuels)

«Tu me dis que tu n'as pas de partenaire actuellement, j'aimerais savoir si tu as déjà eu des relations sexuelles? ». (Si oui)

- Est-ce que tu peux me parler de ta première relation sexuelle, comment ça s'est passé?
- Est-ce que c'était comme tu l'avais imaginé (attendre la réponse) et pourquoi ?
- Qu'est-ce que tu aimes dans tes rapports sexuels ?
- Qu'est-ce que tu n'aimes pas dans tes rapports sexuels ?
- Éprouves-tu du plaisir durant tes rapports sexuels ?
- Éprouves-tu de temps en temps des malaises durant tes relations sexuelles?
- As-tu déjà été enceinte ou contribué à mettre ta partenaire enceinte :
- Est-ce que le fait que tu sois atteint du VIH est intervenu dans tes premières relations ?
- As-tu parlé du VIH à tes premiers partenaires? (attendre la réponse (si oui) comment ça s'est passé?
- Je sais que ce n'est pas évident de se servir du condom, j'aimerais que tu me racontes comment ça se passe dans ta relation ?
- Est-ce que tu pourrais me raconter comment c'étais dans ta dernière relation sexuelle?
- As-tu parlé du VIH à cette personne? (attendre la réponse) (si oui) comment ça s'est passé?
- De façon générale, qu'est ce qui est difficile ou désagréable pour toi dans le fait d'avoir à utiliser le condom ?

- Si tu compares tes relations sexuelles à celles que tu avais au début, est ce que tu vois des différences ? (si le jeune ne fait pas lui-même une telle distinction, on repose la question par rapport à la sexualité et aussi pas rapport à l'utilisation du condom).
- Lorsque tu ressens le besoin de parler de tes relations amoureuses ou sexuelles as-tu quelqu'un à qui parler ?

(Si le jeune n'a jamais eu des partenaires sexuels)

- Comment est-ce que tu t'imagines que ça va se passer la première fois (attendre la réponse)?
- Comment te sens-tu à l'idée d'avoir une première relation sexuelle?
- Est-ce que tu penses que le VIH est intervenu dans ta décision de ne pas avoir une première relation?
- Est-ce que tu penses que le VIH va intervenir dans ta première relation?
- As-tu l'intention de parler du VIH à ton ou ta première partenaire?
- As-tu l'intention d'utiliser le condom?
- De façon générale, est-ce que tu crois qu'il est facile ou agréable d'avoir à utiliser le condom?
- Lorsque tu ressens le besoin de parler de tes relations amoureuses ou de sexualité as-tu quelqu'un à qui parler?

VII. Dimension : Avenir

«Finalement, avant qu'on se quitte, j'aimerais que tu me parles un peu de tes projets, comment tu vois ton futur ? »

Pour terminer l'entrevue

- Demander si le, la participant(e) a quelque chose à ajouter ;
- Demander comment il, elle s'est senti(e) durant l'entrevue, il, elle a trouvé les questions abordées pertinentes;
- Lui offrir les 100 gourdes pour faire de transport etc. et lui faire signer un reçu ;
- Préciser qu'on va peut-être le, la rappeler dans quelques mois pour valider le contenu de l'entrevue.

APPENDICE B

FORME DE CONSENTEMENT

Informations et consentement

Développement de l'intimité chez les adolescents infectés au VIH par la transmission verticale en Haïti.

Chercheur principal : Maxi Ascencio Junior, Maîtrise en sexologie, Université du Québec à Montréal

Directrice de la recherche : Joanne Otis, PH.D., Université du Québec à Montréal

Co-directrice de recherche : Mylène Fernet, PH.D., Université du Québec à Montréal

Bonjour,

Ce formulaire de consentement fait partie de la démarche normale assurant un consentement. Les informations contenues dans cette lettre vous permettront d'avoir une idée globale du projet de recherche et de savoir ce qu'implique votre participation. À tout moment, si vous désirez avoir plus de détails concernant ce qui suit, n'hésitez à nous le demander. Prenez le temps de bien lire et comprendre ces explications.

Introduction

Vous avez été informé que vous étiez infecté par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Nous menons un projet de recherche portant sur le développement de l'intimité et les significations de l'expérience avec le VIH/sida auprès d'adolescents.

L'objectif de cette étude est de mieux comprendre les significations qu'accordent ces adolescents à leurs expériences avec le VIH, et les relations d'intimité qu'ils entretiennent avec leur environnement immédiat. En fait, nous voulons savoir comment se développent les rapports amoureux, comment ils abordent la prévention et quels sont leurs projets d'avenir.

Qu'est ce que cette étude implique

Si vous acceptez de participer, nous vous demanderons de nous rencontrer pour une entrevue. Elle durera environ 60 à 90 minutes et sera enregistrée sur cassette audio. La durée des entrevues peut toutefois varier selon les répondants. Avec votre approbation, celle-ci sera enregistrée sur cassette pour s'assurer de l'exactitude des propos rapportés lors de la

rédaction de l'entrevue. Nous vous poserons alors des questions portant sur votre expérience de tous les jours. Il est possible que nous ayons à vous revoir, dans un deuxième temps, afin de valider l'entrevue. Nous vous contacterons par téléphone d'ici quelque mois pour fixer ce deuxième rendez-vous, s'il y a lieu. Finalement, nous vous demandons l'autorisation de consulter votre dossier médical afin de compléter les données cliniques et sociodémographiques.

Bénéfices et risques

Les informations obtenues par cette étude permettront de mieux connaître les besoins des adolescents infectés par le VIH depuis la naissance. Ainsi, les données recueillies serviront de guide pour formuler des recommandations de manières à offrir aux adolescents des interventions éducatives et préventions qui correspondent mieux aux réalités qu'ils vivent.

Un des inconvénients associé à cette étude est le temps requis pour votre participation, cette étude ne comporte aucun risque physique cependant, certains risques psychologiques peuvent être liés à une entrevue sur le vécu avec l'infection par le VIH. Sachez qu'un support psychologique (psychologue, travailleurs sociaux) est disponible au besoin.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies durant cette étude demeureront confidentielles. Ces renseignements ne feront pas partie de votre dossier médical. Vous aurez un dossier parallèle de recherche qui sera conservé sous clef et consulté uniquement par le chercheur principal. Un code de recherche personnel vous sera attribué. Ce code sera la seule information permettant d'identifier les différentes données obtenues durant cette étude.

Cependant, aux fins de vérifier la saine gestion de la recherche, il est possible qu'un délégué du comité d'éthique puisse avoir accès aux données de recherche.

Les résultats de cette étude pourront être publiés mais aucune information pouvant vous identifier ne sera alors dévoilée. Finalement les données seront conservées pendant un certain temps, puis détruites.

Liberté de participation

Vingt adolescents infectés par le VIH seront sollicités pour participer à cette étude. Votre participation est entièrement volontaire, et si vous refusiez de participer, cette décision ne

modifiera en rien les soins médicaux et traitements que vous pourriez recevoir. Si vous choisissiez de participer à cette étude, vous pourriez en tout temps modifier votre décision et vous retirer de l'étude. Encore là ceci n'affectera en rien les soins que vous pourriez recevoir.

Responsabilités des chercheurs

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus vous ne libérez pas les chercheurs de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui vous causerait préjudice.

Dédommagement

À la fin de l'entrevue, le professionnel de recherche acceptera de répondre à vos questions et il vous remettra un moment de 100 gourdes qui compensera en partie les frais encourus par votre participation. Il prendra aussi un prochain rendez – vous avec vous.

Personnes-ressources.

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, n'hésitez pas à nous contacter. Vous pouvez nous rejoindre aux numéros suivants :

Chercheur principal de l'étude	
Maxi Ascencio Junior	Téléphone : 464 1478
Responsable de la clinique pour adolescents (centres GHESKIO)	
Dr. Francine Noël	Téléphone : 222 2241 ou 222 0031

Pour tout renseignement sur vos droits à titre de participant à cette étude. Vous pouvez contacter le **Dr. Rose Irène Verdier** au 222 2241 ou 222 0031

Consentement et assentiment

- ✓ Je comprends clairement l'information concernant ce consentement et j'accepte de participer à cette étude. Toutes mes questions ont été répondues à ma satisfaction.
- ✓ Je comprends que je suis entièrement libre de faire partie de cette étude. Je comprends également que ma décision de participer ou de ne pas participer à cette étude n'affectera pas la qualité des soins que je pourrais recevoir.
- ✓ Il est entendu qu'en signant ce formulaire, je ne renonce nullement à mes droits légitimes.
- ✓ J'accepte de participer à l'entretien et que mes propos soient enregistrés
 oui non
- ✓ J'autorise le chercheur à consulter mon dossier médical pour obtenir les informations pertinentes à ce projet.
 oui non

NOM (du participant) : _____ Date : _____

Assentiment du participant (signature) : _____

NOM (du parent ou du tuteur) : _____

Consentement du parent ou du tuteur (signature) : _____

Date : _____

Le projet de recherche a été décrit au participant, ainsi que les modalités de la participation. Le chercheur a répondu aux questions. Le chercheur s'engage à respecter ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

NOM (du chercheur): _____ Signature : _____

Date : _____

APPENDICE C

FICHE SIGNALÉTIQUE

Fiche signalétique

Code _____ Date _____

Date de naissance _____ Sexe : M ___ F ___

Âge : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Es- tu actuellement sous traitement antirétroviral : oui ___ non ___

Si oui, depuis quelle année? _____

Niveau d'éducation :

Aucun niveau ___ Primaire ___ Secondaire ___ Universitaire ___ Professionnel ___

Situation familiale :

Avec qui vis-tu? Les deux parents ___ Père seulement ___ Mère seulement ___

Tuteur ___ Autre _____ (préciser) _____

Profession des parents (s'ils sont vivants) : 1 _____ 2 _____

État Civil des parents : Marié(e) ___ Placé (e) ___ Veuf (ve) ___ Séparé(e) ___ Divorcé(e) ___

Niveau économique des parents :

Aucun revenu ___ moins de \$150/an ___ \$150 -\$1000/an ___ \$1001-\$5000/an ___

\$5001-\$10,000/an ___ \$10,001-\$20,000/an ___ Plus de \$20,000/an ___

Remarques de l'interviewer:

APPENDICE D

GRILLE DE CODIFICATION

Tableau D.1
Grille de codification

Vivre avec le VIH	Traitements et santé	Relations familiales	Relations avec les pairs	Relations amoureuses	Sexualité	Divulgateion du statut	Dieu et la religion	Projet d'avenir
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diagnostic avant; ◆ Annonce; ◆ Réactions; ◆ Idées suicidaires; ◆ Isolement; ◆ Stigmatisation; ◆ Rejet; ◆ Honte; ◆ Normalité physique; ◆ Acceptation du VIH ; ◆ Stratégie d'ajustement; ◆ Mal-être psy- ◆ Chologique. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Adhérence; ◆ Prise de risques; ◆ Effets secondaires; ◆ Soutien thérapeutique; ◆ Difficultés liées au traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Attachement; ◆ Protection; ◆ Soutien de la famille; ◆ Discussion entourant le VIH; ◆ Vécu VIH dans la famille; ◆ Dynamique familiale. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Proximité; ◆ Pression des pairs; ◆ Acceptations des pairs; ◆ Attitude et ◆ Comportement avec les pairs; ◆ Fréquentation; ◆ Réputation. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Intérêt pour des liens d'amour; ◆ Sentiment d'engagement; ◆ Rencontres; ◆ Rupture; ◆ Trouver un partenaire amoureux; ◆ Partenaire idéal; ◆ Aimer avec le VIH; ◆ Sentiment de sécurité. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Premier rapport sexuel; ◆ Evolution des rapports sexuels; ◆ Multipartenariat; ◆ Comportement à risques; ◆ Perception des risques; ◆ Plaisirs sexuels ; ◆ Penser au VIH lors des rapports sexuels; ◆ Abus sexuels; ◆ Echange sur l'amour et la sexualité; ◆ Utilisation du condom; ◆ Abstinence. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Secret; ◆ Divulguer à la fratrie; ◆ Divulguer aux amis; ◆ Divulguer au partenaire amoureux. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Punition divine; ◆ Crainte; ◆ Guérison divine; ◆ Miracle divin. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Fonder un foyer; ◆ Procréer; ◆ Finir ses études; ◆ Faire des études supérieures; ◆ Aider ses proches; ◆ Vision du futur.

APPENDICE E

PROFIL DÉTAILLÉ DES PARTICIPANTS EN FONCTION DU TRAITEMENT ET DES ACTIVITÉS SEXUELLES

Tableau E.1

Profil détaillé des participants en fonction du traitement et des activités sexuelles

PRÉNOM FICTIF	SEXE	ÂGE	Sous traitement	Sans traitement	Expérience sexuelle	Aucune expérience sexuelle
Adline	F	17	V		V	
Alain	M	18	V			V
Anne	F	20	V			V
Bruno	M	17	V		V	
Farah	F	17	V		V	
Frantz	M	19	V		V	
Harry	M	16		V	V	
Héroid	M	15		V		V
Immacula	F	15	V			V
Jacob	M	17	V			V
Jacques	M	17	V			V
Josette	F	18	V			V
Junior	M	19	V			V
Lovinsky	M	15	V			V
Magalie	F	17	V			V
Marie-Yves	F	19	V			V
Nahomie	F	16	V			V

PRÉNOM FICTIF	SEXE	ÂGE	Sous traitement	Sans traitement	Expérience sexuelle	Aucune expérience sexuelle
Natacha	F	17	V			V
Nathalie	F	17	V			V
Olga	F	19		V	V	
Oscar	M	16	V		V	
Pierre	M	18	V			V
Roselaine	F	18	V			V
Rosemond	M	19	V		V	
Rosette	F	17	V			V
Sauveur	M	19	V		V	
Suze	F	17	V			V
Wilfrid	M	18	V			V
Wislande	F	15		V	V	

BIBLIOGRAPHIE

- Adeothy – koumakpaï, S. 2002. « L'infection à VIH chez l'adolescent dans le tiers monde ». *Archives de pédiatrie*, 9, 1117-1119.
- Alvin, P. *et al.* 2003. « Maladie chronique à l'adolescence : dix questions pertinentes ». *Archives de Pédiatrie*, 10, 360-366. Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS.
- Adrien, A., Cayemittes, M., Bergevin, Y. 1991. « Le SIDA en Haïti : connaissance, attitudes, croyances et comportements de la population ». *Option, cahiers de santé* 1 : 59-67.
- Allgeier, A.R., Allgeier, E.R. 1989. *Sexualité Humaine, dimensions et interactions*. Centre éducatif et culturel INC. P. 82
- Allison, M. D., et Sabatelli, R. M. 1988. « Differentiation and Individuation as Mediators of Identity and Intimacy in Adolescence ». *Journal of Adolescent Research*; 3; 1.
- Adams, R. E., Laursen, et B. Wilder, D. 2001. « Characteristics of closeness in adolescent romantic relationships ». *Journal of Adolescent*, 24,353-363.
- Ainsworth, M. D. S. 1989. « Attachments beyond Infancy ». *American Psychologist*, Vol. 44, 709-716.
- Adrien, A., Cayemittes, M., et Bergevin, Y. 1991. « Le Sida en Haïti : connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population ». *Option, Cahiers Santé* I : 59-67.
- Bouchey, H. A., et Furman, W. 2003. *Dating and Romantic Experiences in Adolescence*. In G.R. Adams & M. berzonsky (Eds.). *The Blackwell handbook of adolescence*. Oxford, UK: Blackwell publishers.
- Bartholomew, K. 1990. « Avoidance of intimacy: an attachment perspective ». *Journal of Social and Personal Relationships*; 7; 147.
- Briars A.J., Hilas, J.J., Kraus, M.D. 2004. « A review of pediatric human immunodeficiency Virus Infection ». *Journal of pharmacy practice*, 17; 6: 407-431.
- Bee, H., et Boyd, D. 2003. *Les âges de la vie. Psychologie du développement humain*. Éditions du Renouveau Pédagogique Inc. Deuxième édition, p 275.
- Bijoux, L., 1990. « Coup d'œil sur la famille Haïtienne ». Éditions des Antilles S.A. Port-au-Prince, Haïti.
- Bijoux, L., 1995. « Regard critique sur la famille Haïtienne ». Éditions des Antilles S.A. Port-au-Prince, Haïti.
- Courpotin, C. 1995. *Problèmes posés par l'infection à VIH chez le grand enfant contaminé pas transmission maternofoetale*. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, N- 4.

- Coslin, P.G. 2003. *Les conduites à risque à l'adolescence*. Armand Colin/VUEF, Paris. P. 45-60.
- Courtois, F. 2004. *Fondements méthodologiques de la recherche scientifique*. Université du Québec à Montréal.
- Contandriopoulos, A-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.L., et Boyle, P. 2005. *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*. Gaëtan Morin éditeur, 197 p.
- Côté, P-B. 2006. *Le programme à grands pas d'amour : pour vaincre l'isolement des adolescents et des éducateurs face à l'éducation sexuelle*. Rapport d'évaluation pour le centre jeunesse de Laval.
- Clack, D., et Wilkinson, R. 2006. *Intimacy and Attachment in Adolescent Relationships*. The 6th Annual Conference of the Australian Psychological Society's Psychology of Relationships Interest Group, 19-24.
- Connolly, J., Furman, W., et Konarski, R. 2000. « The Role of Peers in the Emergence of Heterosexual Romantic Relationships in Adolescence ». *Child Development*, Vol. 71, No 5, 1395-1408.
- Connolly, J., Craig, W., Goldberg, A., et Pepler, D. 1999. « Conception of Cross-sex Friendships and Romantic Relationships in Early Adolescence ». *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 28, No. 4.
- Connolly, J., Craig, W., Goldberg, A., et Pepler, D. 2004. « Mixed-Gender Groups, Dating, and Romantic Relationships in Early Adolescence ». *Journal of Research on Adolescence*, 14(2), 185-207.
- Connolly, J. A., et Johnson, A. M. 1996. « Adolescents' romantic relationships and the structure and quality of their close interpersonal ties ». *Personal Relationships*, 3, 184-195.
- Champion, M., Des Noettes, A. L., Taboulet, P., et Lemerle, S. 1999. « Le secret chez les enfants infectés par le VIH ». *Arch pédiatr* ; 6 : 1101-8.
- Cayemittes, M., et al. 2007. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-IV)*. Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP).
- Cayemittes, M., et al. 2001. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-IV)*. Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP).
- Dago-Akribi, H. A. 2004. « Psychosexual development among HIV-Positive Adolescents in Abidjan, Côte d'Ivoire ». *Reproductive Health Matters*, Vol. 12, No. 23.
- Deschamps, M-M. 1996. « Heterosexual transmission of HIV in Haiti ». *Annals of internal medicine*, vol.125, issue 4, p.324-330.
- Devieux, J., Malow, R. and al. 2004. « Reducing health disparities through culturally sensitive treatment for HIV+ Adults in Haiti ». *The ABNF journal*.

- Dollfus, C., Tabone, M.-D., Trocmé, N., Vaudré, G., Leverger, G. 2006. « Devenir à l'adolescence des enfants séropositifs au VIH après transmission mère-enfant ». *Médecine et maladies infectieuses*, 36, 479-480.
- Dyk, P. A. H. et Adams, G.R. 1987. « The association between identity development and intimacy during adolescence : A theoretical treatise ». *Journal of Adolescence Research*, Vol. 2, No 3, 223-235.
- Epelbaum, C. 1998. « Adolescence et maladie : du corps à la parole ». *Archives de Pédiatrie*, 5, 1122-31. Elsevier, Paris.
- Fernet, M. 2005. « Amour, violence et adolescence ». Collection problèmes sociaux et interventions sociales. Presses de l'Université du Québec, 249 pages.
- Fernet, M. et al. 2007. *Enjeux socio psychologiques et sexuels chez des adolescents vivant avec le VIH/sida depuis la naissance*. Université du Québec à Montréal.
- Freeman, H., et Brown, B. B. 2001. « Primary Attachment to Parents and Peers during Adolescence: Differences by Attachment Style ». *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 30, No. 6.
- Gayle, H. O. and Hill, G. L. 2001. « Global Impact of human immunodeficiency virus and Aids ». *Clinical microbiology reviews*, vol. 14, No 2, 327-335.
- Groupe Haïtiens d'études de Sarcome de kaposi et des infections opportunistes (GHESKIO). 2007. Livre bleu.
- Hempstone, H., Diop-Sidibé, N. and al. 2004. *HIV/Aids in Haiti; a literature review*. Health communication partnership.
- Holschneider, S.O.M., Alexander, C. 2003. « Social and Psychological influences on HIV preventive behaviour of young in Haiti ». *Journal of Adolescent Health*, 33; 31-40.
- Hefez, S. 2002. « Adolescence et Sida : transmission impossible ». *Archives de Pédiatrie*, 9, 117-20. Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS.
- Hazan, C. et Shaver, P. 1987. « Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process ». *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 52, No.3, 511-524.
- Kuttler, A. F., et La Greca, A. M. 2004. « Linkages among adolescent girls' romantic relationships, best friendships, and peer networks ». *Journal of Adolescence*, 27, 395-414.
- King, R. B., et Harris, K. M. 2007. « Romantic Relationships among Immigrant Adolescents ». *IMR*. Vol. 41 No 2: 344-370.
- Kenaïssi, A. 2000. *L'interactionnisme et l'ethnométhodologie*. Université des sciences et technologies, Lille. <http://perso.orange.fr/abder.kenaïssi/interactionnisme.htm>
- Lepage, P. 2005. « Épidémiologie de l'infection à VIH chez l'enfant dans le monde ». *Archives de pédiatrie*, 12, 674-676.

- Longmore, M. A., Manning, W. D., et Giordano, P. C. 2001. « Preadolescent Parenting Strategies and Teens' Dating and Sexual Initiation: A Longitudinal Analysis ». *Journal of Marriage and Family*, 63:322-335.
- Lippert, T., et Prager, K. J. 2001. « Daily experiences of intimacy: A study of couples ». *Personal relationships*, 8, 283-298.
- La Greca, A. M., et Mackey, E. R. 2004. « Adolescents' Anxiety in Dating Situation: The Role of Other-Sex Friends, Close Friends, and Romantic Partners ». *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, in press.
- Manseau, H. 1990. *L'abus sexuel et l'institutionnalisation de la protection de la jeunesse*. Billery. PUQ.
- Ministère de la santé publique et de la population (MSPP). 2000. *Plan intérimaire du programme IST/VIH/SIDA*, oct.2001-sept.2002.
- Manseau, H. 2007. *Amour et sexualité chez l'adolescent. Programme qualitatif d'éducation sexuelle pour jeunes hommes*. Presses de l'Université du Québec, 177 p.
- Monsour, M. 1992. « Meanings of intimacy in cross-and same- sex friendships ». *Journal of Social and Personal Relationships*; 9; 277.
- Moretti, M. M. et Peled, M. 2004. « Adolescent-parent attachment: Bonds that support healthy development ». *Paediatr Child Health*, Vol. 9, No. 8.
- Miller, J. B., et T. Hoicowitz. 2004. « Attachment contexts of adolescent friendship and romance ». *Journal of Adolescence*, 27, 191-206.
- Mcgue, M., Elkins, I., Walden, B., et Iacono, W. G. 2005. « Perception of the Parent-Adolescent Relationship: A Longitudinal Investigation ». *Developmental Psychology*, Vol. 41, No.6, 971-984
- Morison, L. 2001. « The global epidemiology of HIV/Aids ». *British Medical bulletin*, 58: 7-18.
- Meeus, W.H.J. et al. 2007. « Relationships with intimate partner, best friend, and parents in adolescence and early adulthood: A study of the saliency of the intimate partnership ». *International Journal of Behavioral Development*, 31 (6), 569-580.
- ONUSIDA, organisation mondiale de la santé. 2007. *L'épidémie mondiale du SIDA*.
- Pagano, M. E., et Hirsch, B. J. 2007. « Friendships and Romantic Relationship of Black and white Adolescents ». *Journal of child and family studies*. 16:347-357.
- Payne F. J., Coburn, T.A and al. 2000. « The human Immunodeficiency virus epidemic in the United States, 1980 -2000 ». The emerging epidemic among heterosexuals. Children's Aids Fund.
- Poupart, J., Deslauriers, J-P., Groulx, L-H., Laperrière, A., Mayer, R., Pires A. P. 1997. *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaëtan Morin Éditeur.

- Rice, K. G., et Mulkeen, P. 1995. « Relationships with Parents and Peers: A Longitudinal Study of Adolescent Intimacy ». *Journal of Adolescent Research*; 10; 338.
- Riesman, J. M. 1990. « Intimacy in Same-Sex Friendships ». *Sex roles*, Vol. 23, nos. 1/2.
- St-Louis-Deschênes, M., Samson, J. *et al.* 2005. L'adhésion au traitement antirétroviral chez les adolescents infectés par le VIH/SIDA depuis la naissance. 1^{er} Colloque international sur les médicaments, Montréal.
- Seiffge-Krenke, I. 2003. Testing theory of romantic development from adolescence to young adulthood: Evidence of a developmental sequence. *International Journal of Behavioral Development*, 27 (6), 519-531.
- Shulman, S., et Scharf, M. 2000. « Adolescent Romantic Behavior and Perceptions: Age- and Gender-Related Differences, and Link with Family and Peer Relationships ». *Journal of Research on Adolescence*, Vol. 10, No 1, 99-118.
- Shulman, S., et Seiffge-Krenke, I. 2001. Adolescent Romance: Between Experience and Relationships. *Journal Adolescence*, 24, 417-428.
- Shulman, S., et Kipnis, O. 2001. Adolescent romantic relationships: a look from the future. *Journal of Adolescence*, 24,337-351.
- Simon, V., Bouchey, H. A., et Furman, W. 1998. « The social construction of adolescents' representations of romantic relationships ». *Attachment and Development: vol. 2. Adolescence*.
- Scharf, M., et Maysseless, O. 2001. « The capacity of romantic intimacy: exploring the contribution of the best friend and marital and parental relationships ». *Journal of Adolescence*, 24, 379-399.
- Sharabany, R., Eshel, Y., et Hakim, C. 2008. Boyfriend, girlfriend in a traditional society: Parenting styles and development of intimate friendships among Arabs in school. *International Journal of Behavioural Development*; 32; 66.
- Shulman, S., Scharf, M. 2000. « Adolescent romantic behavior and perceptions : Age and gender related differences, and links with family and peer relationships ». *Journal of Adolescence Research*, 10 (1), 99-118.
- Tuval-Mashiach, R., Walsh, S., Harel, S., and Shulman, S. 2008. « Romantic fantasies, cross-gender friendships, and romantic experiences in adolescence ». *Journal of Adolescence Research*, vol. XX, No X.
- Thériault, J. (2001). « L'intimité au fil du temps ». In C. Crépault et G. Lévesque : *Éros au féminin et au masculin* (chap. 3, pp. 45-61). Presses de l'Université du Québec à Montréal.
- Trocmé, N., Vaudré, G., Dollfus, Tabone, M.-D., C., Leverger, G. 2002. « Les incidences psychologiques chez les adolescents infectés par le VIH ». *Archives de Pédiatrie* 9, suppl. 2 : 114-6. Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS.

- Thériault, J. 2006. « Intimité et sexualité ». *Counseling et spiritualité*, Vol. 25, No 1, 9-27.
- Tabone, M.D., Vaudre, G. *et al.* 2004. « Transmission maternofoetale du VIH : Progrès et perspectives ». *Archives de pédiatrie*, 12, 1-3.
- Trocme, N., Vaudré, G., Dollfus, C., Leverger, G. 2002. « Observance du traitement antirétroviral de l'adolescent séropositif pour le VIH. *Archives de Pédiatrie*, 9, 1241-1247.
- Tuval-Mashiach, R., Walsh, S., Harel, S., et Shulman, S. 2008. « Romantic Fantasies, Cross-Gender Friendships, and Romantic Experiences in Adolescence ». *Journal of Adolescent Research*, Vol. XX, No X.
- Thériault, J. 2001. *L'intimité au fil du temps*. In C. Crépault et G. Lesvesque : Eros au féminin et au masculin (chap.3, pp. 45-61). Presses de l'université du Québec à Montréal.
- Vallerand, R.J. 2006. *Les fondements de la Psychologie Sociale*. Gaetan Morin, éditeur, 2^{ème} édition, p. 344.
- Van der Maren, J.M. 2004. *Méthodes de recherche pour l'éducation, 2^e édition*. Montréal: De Boeck/ Université.
- Weinstein, E. et Rosen, E. 1991. « The Development of Adolescent Sexual Intimacy: Implications for Counseling ». *Adolescence*, Vol.26, No.102.
- Zimmer-Gembeck, M. J. 2002. « The Development of Romantic Relationships and Adaptations in the System of Peer Relationships ». *Journal of Adolescent Health*; 31: 216-225.